BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

BUENOS AIRES, MIERCOLES 17 DE AGOSTO DE 1994 AÑO CII $ 0,30

Nº 27.955

1ª LEGISLACION Y AVISOS OFICIALES

Los documentos que aparecen en el BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA serán tenidos por auténticos y obligatorios por el efecto de esta publicación y por comunicados y suficientemente circulados dentro de todo el territorio nacional (Decreto Nº 659/1947)

MINISTERIO DE JUSTICIA
DR. RODOLFO C. BARRA
MINISTRO

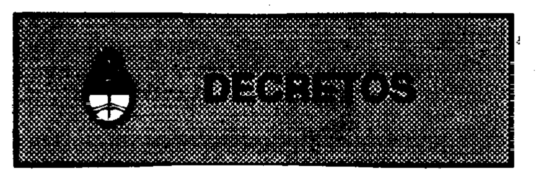
SECRETARIA DE ASUNTOS REGISTRALES
DR. JOSE A. PRADELLI
SECRETARIO

DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DR. RUBEN A. SOSA
DIRECTOR NACIONAL

Domicilio legal: Suipacha 767
1008 - Capital Federal

Tel. y Fax 322-3788/3949/
3960/4055/4056/4164/4485

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
Nº 345.599



INTERVENCIONES

Decreto 1368/94

Intervíénese el Consejo Federal de Agua Potable y Saneamiento. Desígnanse Interventor y Sub-Interventor.

Bs. As., 11/8/94

VISTO las Leyes Nº 23.615 y Nº 23.696, y

CONSIDERANDO:

Que el Gobierno Nacional ha asumido ante el conjunto del país y en diversos foros internacionales compromisos de brindar cobertura de servicios de agua potable y desagües cloacales a la población.

Que la provisión de los elementales servicios de agua potable y saneamiento básico se canalizan por el Gobierno Nacional mediante la gestión del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO, cuyo rol institucional es el de aplicar las políticas nacionales del sector, a través de su responsabilidad para promover, impulsar, implementar y administrar los programas y acciones de saneamiento en todo el país.

Que dichos programas y acciones están dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población, fundamentalmente la de los sectores que padecen mayores necesidades básicas insatisfechas y que se reflejan particularmente en la carencia de servicios de agua potable y de seguridad en la evacuación de excretas.

Que este nivel de insatisfacción afecta a un alto porcentaje de nuestra población, con un déficit acumulado en la provisión de esos servicios desde hace décadas, situación que se ha agravado y se ha hecho ostensible al emerger el flagelo de las enfermedades de transmisión hídrica.

Que resulta prioritario para el Gobierno Nacional actuar con toda decisión y celeridad para revertir el cuadro de situación planteado, en procura de dar cumplimiento a las metas de cobertura de servicios comprometidas.

Que dentro del proceso de Reforma del Estado, dispuesto por el HONORABLE CONGRESO DE LA NACION a través de la Ley Nº 23.696, se ha iniciado una transformación en la organización y funcionamiento de la Administración Pública Nacional tendiente a dotarla de mayor agilidad y eficiencia en la toma de decisiones y en la aplicación de las políticas públicas.

Que en este marco resulta perentorio disponer medidas de reorganización de los órganos administrativos responsables del cumplimiento de las políticas en materia de agua potable y saneamiento, a fin de posibilitar el logro de las finalidades de la ley.

Que la Ley Nº 23.615 de creación del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO fue dictada en otras circunstancias institucionales, resultando imprescindible adecuar su régimen a los nuevos requerimientos establecidos para el accionar del Sector Público.

Que los criterios tenidos en cuenta al momento de la creación del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO, en cuanto a su organización y composición se han tornado disfuncionales y burocráticos para la ejecución de las políticas a su cargo y frente a la nueva organización asumida por el Estado Nacional.

Que asimismo, la perniciosa burocratización en la ejecución de políticas prioritarias en materia de provisión de agua potable y tratamiento de excretas conlleva a una parálisis en la actuación del organismo, produciendo perjuicios de toda índole en un sector donde se requiere la elaboración y concreción de soluciones con carácter urgente.

Que de mantenerse esta situación, y con el transcurso del tiempo, la problemática de déficit en la prestación de servicios de agua potable y saneamiento se agravará aún más, siendo de imposible reversión si no se evita la configuración de un estado de extrema crisis.

Que corresponde arbitrar de inmediato y en forma urgente, las medidas más convenientes para asegurar la provisión de servicios esenciales a la población, como son los servicios de agua potable y tratamiento de excretas.

Que en tal sentido, el Gobierno Nacional cree conveniente como pasos iniciales a dar en tal sentido, disponer la intervención del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO por el término de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles administrativos, para que en dicho período el organismo proponga al PODER EJECUTIVO NACIONAL, a través de la SECRETARIA DE OBRAS PUBLICAS Y COMUNICACIONES del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, una nueva configuración organizativa y funcional del mismo, que asegure de manera irreductible los objetivos perseguidos por el Gobierno Nacional en la materia.

Que mientras se lleva a cabo el estudio sobre la nueva organización del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO, y por la experiencia recogida en los últimos años, es aconsejable la centralización en la SECRETARIA DE OBRAS PUBLICAS Y COMUNICACIONES del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, de las tareas inherentes a la planificación y ejecución de las políticas de agua potable y saneamiento, a fin de que no se dispersen y dilapiden los esfuerzos materiales y humanos en un organismo cuya complejidad lo torna inadecuado para el cumplimiento de sus fines.

Que dicha centralización resulta necesaria para asegurar la planificación, coordinación, conducción y supervisión de las acciones que se desarrollen en el campo del saneamiento básico y que posibiliten atender una mejora concreta en la calidad de vida de la población.

Que con estas medidas se producirá un fortalecimiento de las responsabilidades y atribuciones inherentes a la aplicación de las políticas de saneamiento formuladas por el Gobierno Nacional, hasta tanto se establezca en forma definitiva la reorganización funcional en el ámbito del PODER EJECUTIVO NACIONAL en lo inherente a la refundación del organismo que se encargue de la ejecución de las políticas de provisión de agua potable y saneamiento.

Que resulta conveniente aclarar, que el CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO fue creado como un organismo autárquico de la Administración Pública Nacional, dependiente del PODER EJECUTIVO NACIONAL a través de la ex-SECRETARIA DE RECURSOS HIDRICOS del ex-MINISTERIO DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, no constituyendo un organismo surgido de un convenio entre la Nación y las Provincias a pesar de la representación que en él tienen los Estados Provinciales.

Que la creación de dicho organismo fue voluntad unilateral de la Nación, lo que se demuestra por el hecho de que las Provincias fueron invitadas a adherir a la creación del Consejo y por que su existencia es independiente del consentimiento de los Estados Provinciales, del mismo modo que la vigencia de la ley no está supeditada a la adhesión de las Provincias ni a su ratificación por un número mínimo de ellas.

Que, además, los recursos del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO provienen en su totalidad de los aportes del Tesoro Nacional o de créditos internos o externos, por lo que no existen aportes de las Provincias para solventar su funcionamiento.

Que como consecuencia de lo expresado, la intervención del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO no afecta los derechos ni los intereses locales, lo que queda confirmado si se observa que entre sus funciones más importantes se encuentra la de administrar y ejecutar los planes de saneamiento establecidos por el Gobierno Nacional con los fondos que le asigne el Presupuesto Nacional, los que

SUMARIO

determine el PODER EJECUTIVO NACIONAL o los préstamos de organismos financieros otorgados para ello a la Nación.

Que el presente Decreto se dicta en uso de las facultades que surgen del artículo 86 incisos 1) y 10) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º — Intervíenese el CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO por el término de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles administrativos.

Art. 2º — Desígnanse Interventor del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO al Señor Contador Hugo Alberto MARQUEZ (D.N.I. Nº 7.992.762) y Sub-Interventor al Señor Contador Mario Ernesto FATTOR (D.N.I. Nº 7.169.348).

Art. 3º — Encomiéndase al Señor Interventor del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO el estudio y elaboración de un proyecto de reordenamiento, recomposición y funciones del CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO que tenga en cuenta los objetivos perseguidos por el Gobierno Nacional en la materia y que dinamice su ejecución.

Art. 4º — Encomiéndase a la SECRETARIA DE OBRAS PUBLICAS Y COMUNICACIONES del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS lleve a cabo las tareas que por la Ley Nº 23.615 se le fijaron al CONSEJO FEDERAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO.

Art. 5º — Autorízase al Señor SECRETARIO DE OBRAS PUBLICAS Y COMUNICACIONES del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, a delegar en la Subsecretaría o Dirección Nacional del área la ejecución de las tareas encomendadas por el artículo anterior.

Art. 6º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Domingo F. Cavallo.

IMPUESTOS

Decreto 1371/94

Restablécese la aplicación de Impuestos Internos a productos del sector electrónico.

Bs. As., 11/8/94

VISTO lo dispuesto por la Ley de Impuestos Internos (texto ordenado en 1979 y sus modificaciones), los Decretos Nros. 2717 y 2719, ambos del 29 de diciembre de 1993, y el Decreto Nº 1998 del 28 de octubre de 1992, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley de Impuestos Internos faculta al PODER EJECUTIVO NACIONAL a modificar la alícuota de los gravámenes previstos en la misma, en función de las políticas industrial y fiscal.

Que oportunamente se dejó sin efecto transitoriamente la aplicación de Impuestos Internos al sector electrónico con el propósito de reactivar al mencionado sector.

Que en la actualidad se verifica la conveniencia de restablecer la mencionada tributación, derogando las normas suspensivas de la misma.

Que asimismo, y en consonancia con la medida adoptada se entiende conveniente la derogación de la modificación de la alícuota de la Tasa de Estadística establecida por el Decreto Nº 1998/92 para los productos respecto de los cuales se restablece la tributación en Impuestos Internos, imponiéndose el valor establecido en el artículo 35 de la Ley Nº 23.697.

Que los organismos técnicos del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, así como la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS de dicha jurisdicción han emitido opinión favorable.

Que el presente decreto se dicta en virtud de las facultades conferidas por la Ley Nº 22.415 -Código Aduanero- y por el artículo 86 de la Ley de Impuestos Internos (texto ordenado en 1979 y sus modificatorios).

Por ello,

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º — Los productos incluidos en las planillas I y II anexas a los incisos a) y b) del artículo 70 de la Ley de Impuestos Internos, texto ordenado en 1979 y sus modificaciones, contemplados en las disposiciones de los Decretos Nros. 2717/93 y 2719/93, estarán alcanzados con la tasa del SEIS CON CINCUENTA Y CINCO CENTESIMOS POR CIENTO (6,55 %) de dicho gravamen.

Art. 2º — Deróganse los Decretos Nros. 2717/93 y 2719/93.

Art. 3º — Exímese parcialmente del pago de la Tasa de Estadística a las importaciones que se realicen con destinación definitiva para el consumo, de los productos a que hace referencia el artículo 1º del presente decreto, las que abonarán por tal concepto un TRES POR CIENTO (3 %).

Art. 4º — Las disposiciones del presente decreto entrarán en vigencia y producirán efectos para los hechos imponibles que se verifiquen a partir del primer día del mes siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial y, las del artículo 1º, regirán hasta el 31 de diciembre de 1995.

Art. 5º — Dése cuenta al HONORABLE CONGRESO DE LA NACION de las disposiciones contenidas en los artículos 1º y 4º del presente decreto.

Art. 6º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Domingo F. Cavallo.

SERVICIO EXTERIOR

Decreto 1374/94

Modifícase el Reglamento de la Ley Nº 20.957, aprobado por el Decreto Nro. 1973/86.

Bs. As., 11/8/94

VISTO la Ley Orgánica del Servicio Exterior de la Nación Nº 20.957 y su Reglamento aprobado por el Decreto Nº 1973/86 y sus modificatorios; y

CONSIDERANDO:

Que el tiempo transcurrido desde la vigencia de los respectivos decretos reglamentarios permite apreciar que el funcionamiento de algunos de los institutos previstos en ellos, como el régimen de traslados, deben ser adaptados a una realidad dinámica y compleja, como la que presenta el manejo de los recursos humanos del Servicio Exterior de la Nación.

Que es necesario implementar un régimen de traslados de funcionarios que asegure un adecuado y eficiente cumplimiento de las necesidades y objetivos del Servicio Exterior de la Nación.

Que la presente medida se dicta en conformidad a las facultades otorgadas por el artículo 86, inciso 2do. de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º — Sustitúyese el texto del artículo 54 del Reglamento de la Ley Orgánica del Servicio Exterior de la Nación Nro. 20.957, aprobado por el Decreto Nro. 1973/86 y modificado por el Decreto 1566/92, por el siguiente:

"Artículo 54: El régimen de destinos y traslados de los funcionarios del Servicio Exterior de la Nación constituye para los mismos una obligación de servicio de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 21 inciso C), de la Ley 20.957.

Se entenderá por "destino" la designación por primera vez de un funcionario para prestar servicios en una representación diplomática o consular y se denominarán "traslados" los posteriores cambios de sede.

El régimen de traslados se regirá por el siguiente procedimiento:

— Inciso a) Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, la Dirección General de Personal elevará a la Honorable Junta Calificadora la nómina de funcionarios de las categorías "D" a "G" en condiciones de ser trasladados por haber cumplido el plazo mínimo legal de permanencia en la República y en destinos en el exterior.

Se incluirá en dicha nómina:

I) Los funcionarios que cumplan DOS (2) años de permanencia en el país al momento de efectivizarse el traslado.

II) Los funcionarios que cumplan TRES (3) años de permanencia en el mismo destino en el exterior, siempre que no les corresponda regresar al país.

III) Los funcionarios que, habiendo cumplido DIECIOCHO (18) meses de permanencia en un destino de régimen especial, hubieren solicitado su traslado.

Antes del 30 de abril de cada año, y una vez aprobada esta lista por la Honorable Junta Calificadora, la Dirección General de Personal dará a publicidad la misma a fin de que los funcionarios queden notificados que se encuentran en condiciones de ser trasladados.

Dentro de los DIEZ (10) días siguientes a la fecha de publicación de la lista mencionada en el párrafo anterior, los funcionarios de la categoría "D" que figuren en ella y se encontraren prestando servicios en la República, podrán comunicar por nota a la Dirección General de Personal su deseo de no ser trasladados al exterior, expresando los motivos que fundamenten su solicitud. La decisión que adopte la Dirección General de Personal al respecto, les será comunicada en el término de CINCO (5) días contados a partir de dicha presentación. En el supuesto de hacerse lugar a lo solicitado, serán excluidos de la lista ut supra mencionada.

—Inciso b) La Dirección General de Personal procederá a dar a publicidad, durante el mes de mayo de cada año, los puestos que queden vacantes en el exterior, con la indicación de las categorías de funcionarios que deberán cubrirlos y las fechas en que deberán asumir sus nuevas funciones.

—Inciso c) Dentro de los TREINTA (30) días subsiguientes a la fecha de publicación de las vacantes en el exterior, los funcionarios incluidos en la lista resultante de la aplicación de lo dispuesto en el inciso a), podrán remitir por escrito a la Dirección General de Personal la indicación de los puestos a los que aspiran sin limitaciones en el número de sus preferencias.

En base a la lista de funcionarios en condiciones de ser trasladados mencionada en el inciso a), se dispondrán los traslados atendiendo a razones de servicio y conveniencia funcional. En la medida que estas pautas lo permitan, se tendrán en cuenta las opciones formuladas de acuerdo con lo preceptuado en el párrafo anterior.

En el proceso de selección de los funcionarios a ser trasladados tomará intervención la Honorable Junta Calificadora y se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

I) Con relación a los funcionarios de las categorías "E" y "D" se dará preferencia a aquellos que ya tuviesen aprobados los cursos que constituyan un requisito indispensable para ser promovidos.

II) Los funcionarios que hubieren contraído matrimonio entre sí, serán trasladados en lo posible a una misma ciudad o a ciudades cercanas entre sí.

III) Se aplicará el principio de rotación con el objeto de asegurar un régimen justo y equitativo de traslados para todos los funcionarios del Servicio Exterior de la Nación y, en especial, para dar cumplimiento a lo preceptuado por el artículo 22, inciso g), punto II), párrafo 3, acápites 1) y 2).

La respectiva Resolución de traslado incluirá la fecha en que el funcionario deberá encontrarse en el destino asignado y deberá dictarse con una anticipación mínima de SEIS (6) meses a la misma.

Deberá cubrirse la totalidad de los puestos vacantes incluidos en la lista que se dé a publicidad de acuerdo a lo establecido en el inciso b) del presente artículo. Se procurará disponer la totalidad de los traslados una sola vez al año de acuerdo al procedimiento establecido por el presente artículo.

—Inciso e) Los funcionarios trasladados a la República serán notificados del área o dependencia de este Ministerio donde prestarán funciones con TREINTA (30) días de antelación a su partida.

Sólo con carácter excepcional y por estrictas razones de urgencia o necesidad, podrá cubrirse un puesto en el exterior sin observar el procedimiento establecido en los incisos anteriores.

Art. 2º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Guido Di Tella.

UNIVERSIDADES NACIONALES

Decreto 1376/94

Fíjase un adicional porcentual por zona desfavorable para el personal dependiente de la Universidad Nacional de Jujuy.

Bs. As., 11/8/94

VISTO lo solicitado por el MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION, en el sentido de otorgar al personal que se desempeña en la UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY un adicional por zona, y

CONSIDERANDO:

Que la UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY desarrolla sus actividades en una región desfavorable con características geográficas particulares que justifican plenamente el desarrollo universitario.

Que en tal sentido, es necesario facilitar la radicación de recursos humanos de alto nivel que atiendan los requerimientos de esa Casa de Altos Estudios.

Que para tal fin, resulta necesario determinar remuneraciones especiales para el personal de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY que se desempeña en la zona.

Que la COMISION TECNICA ASESORA DE POLITICA SALARIAL DEL SECTOR PUBLICO ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida encuadra en las facultades otorgadas por el artículo 86, inciso 1º) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º — Fíjase para el personal dependiente de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY un adicional porcentual por zona desfavorable del CUARENTA POR CIENTO (40 %), que se aplicará sobre el índice total o la asignación de la categoría de revista del agente, según corresponda.

Art. 2º — El gasto que demande el cumplimiento del presente decreto, será atendido con el presupuesto de la mencionada Casa de Altos Estudios.

Art. 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Jorge A. Rodríguez. — Domingo F. Cavallo

SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES

Decreto 1290/94

Apruébase la reglamentación de los artículos 48, 49, 50, 51, 52 y 53 de la Ley Nº 24.241.

Bs. As., 29/7/94

VISTO la necesidad de reglamentar los artículos 48, 49, 50, 51, 52 y 53 de la Ley Nº 24.241, y

CONSIDERANDO:

Que del texto del inciso a) del artículo 48 de la ley citada surge que la voluntad del legislador ha sido la de excluir del concepto de incapacidad las invalideces sociales o de ganancias.

Que por lo tanto, debe dejarse perfectamente aclarado que para la determinación de la incapacidad se tendrán en cuenta únicamente los factores invalidantes de carácter psico-físico, con prescindencia de estados de precariedad o desamparo originados en circunstancias de índole económico-social o en la pérdida de la capacidad de ganancia.

Que la norma del inciso b) del mismo artículo remite a la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria, lo que plantea la duda de si para establecer dicha edad debe estarse a las fijadas en el artículo 47 de la misma ley, o a las que resulten de aplicar la escala del artículo 128 de la citada ley.

Que el artículo 49 de la Ley Nº 24.241 prevé en su apartado 2) que si el afiliado no concurriera a la citación que se le curse para someterse a la revisación de la comisión médica, se reservarán las actuaciones hasta que el mismo comparezca.

Que con el objeto de asegurar y acelerar el ejercicio de los derechos, se considera oportuno prever una segunda citación a los mismos fines, bajo apercibimiento que en caso de incomparecencia se dispondrá la caducidad y archivo del trámite.

Que, asimismo, se estima conveniente establecer la obligación de la comisión médica de citar periódicamente al afiliado cuya invalidez sea susceptible de remisión o recuperación que posibilite su inserción laboral en un plazo inferior al previsto para el goce del retiro transitorio por invalidez.

Que para el supuesto que el afiliado se negare fundadamente a someterse a los tratamientos que prescriba la comisión médica y que ésta no acepte, se establece que la situación será dirimida por la Comisión Médica Central, solución que tiene por objeto acotar la norma contenida en el artículo 49 de la Ley Nº 24.241, según la cual si el afiliado se negare a someterse a los tratamientos de rehabilitación psicofísica y de recapacitación laboral o a tratamientos médicos curativos, o no los concluyere sin causa justificada, percibirá únicamente el SETENTA POR CIENTO (70 %) del haber de retiro transitorio por invalidez, o será suspendido en la percepción de dicho retiro, según fuere el caso.

Que el artículo 53 de la Ley Nº 24.241 condiciona el derecho a pensión del o la conviviente, a la existencia de convivencia pública en aparente matrimonio durante determinado lapso.

Que corresponde establecer el procedimiento y medios de prueba para acreditar tales extremos.

Que al respecto, se han tenido en cuenta, como antecedentes, las disposiciones contenidas en la Ley Nº 23.570, en el Decreto Nº 166, del 7 de febrero de 1989, reglamentario de aquélla, y la Resolución SSS Nº 1120, del 6 de diciembre de 1985, que a su vez reglamentó la Ley Nº 23.226, derogada por la antes mencionada.

Que en los casos en que el causante hubiera optado por permanecer en el régimen de reparto, se da al conviviente la posibilidad de acreditar los extremos legales administrativamente, ante la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, o mediante información sumaria judicial, en ambos casos con intervención necesaria del citado organismo y de otros terceros interesados.

Que en cambio, cuando el causante estuviera comprendido en el régimen de capitalización, se prevé que el presunto derechohabiente deberá acreditar los extremos legales por información sumaria judicial, que se tramitará con intervención de la administradora de fondos de jubilaciones y pensiones y de otros terceros interesados cuya existencia también se conociere.

Que el PODER EJECUTIVO NACIONAL estima que corresponde agradecer la valiosa colaboración de la Comisión Médica Honoraria integrada por el Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el Señor Decano del Cuerpo Médico Forense y los Señores decanos y profesores de las universidades públicas y privadas de todo el país, quienes participaron activamente en la elaboración de las normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 86, inciso 2 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º — Apruébase la reglamentación de los artículos 48, 49, 50, 51, 52 y 53 de la Ley Nº 24.241.

ARTICULO 48. — REGLAMENTACION:

1. De conformidad con lo preceptuado por el inciso a) del artículo que se reglamenta, a los fines de la determinación de la incapacidad se tendrán en cuenta únicamente los factores invalidantes de carácter psico-físico, con prescindencia de estados de precariedad o desamparo originados en circunstancias de índole económico-social o en la pérdida de la capacidad de ganancia.

2. La SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES establecerá los procedimientos para la determinación de las invalideces por parte de las comisiones médicas, que no estuvieren contemplados en la Ley Nº 24.241 y su reglamentación.

3. Para la determinación de la edad aludida en el inciso b) del artículo que se reglamenta no serán de aplicación las disposiciones del artículo 128 de la Ley Nº 24.241.

ARTICULO 49. — REGLAMENTACION:

1. La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL dictará las normas de implementación de las disposiciones del Decreto Nº 55, del 19 de enero de 1994, relativas al aporte del Régimen de Reparto al Régimen de Capitalización, reglamentando en los apartados 6, 7, 8 y 9 de la reglamentación del artículo 27 de la Ley Nº 24.241, y establecerá el organismo de su dependencia que tendrá a su cargo el cumplimiento de dichas normas.

2. El afiliado que hubiera optado por permanecer en el Régimen de Reparto deberá solicitar el retiro por invalidez ante la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

3. Si el afiliado no concurriera a la citación prevista en el segundo párrafo del apartado 2, se lo citará nuevamente en la forma indicada en el párrafo primero del mismo apartado, bajo apercibimiento que en caso de incomparecencia se dispondrá la caducidad y archivo del trámite.

4. La comisión médica deberá citar periódicamente al afiliado cuya invalidez sea susceptible de remisión o recuperación que posibilite su reinserción laboral en un plazo inferior al previsto por la Ley Nº 24.241 para el goce del retiro transitorio por invalidez.

5. La negativa fundada del afiliado a someterse a los tratamientos que prescriba la comisión médica y que ésta no acepte, será dirimida por la Comisión Médica Central con las formalidades previstas en el apartado 3 del artículo que se reglamenta.

ARTICULO 50. — REGLAMENTACION:

Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES para que establezca los plazos a que se refiere el primer párrafo del artículo que se reglamenta.

ARTICULO 51. — REGLAMENTACION:

La SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES determinará la cantidad de comisiones médicas, su ubicación, infraestructura y financiamiento inicial, como también las participaciones de las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones y la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL proporcionalmente a la cantidad de solicitudes de invalidez recibidas.

ARTICULO 52. — REGLAMENTACION:

Incorpóranse como anexo I del presente decreto, las NORMAS PARA LA EVALUACION, CALIFICACION Y CUANTIFICACION DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (BAREMO), elaboradas con la colaboración de la Comisión Honoraria convocada en virtud de lo dispuesto en el artículo que se reglamenta.

ARTICULO 53.—REGLAMENTACION:

1. La convivencia pública en aparente matrimonio durante los lapsos exigidos en el artículo que se reglamenta, podrá probarse por cualquiera de los medios previstos en la legislación vigente.

2. La prueba testimonial deberá ser corroborada por otras de carácter documental, salvo que las excepcionales condiciones socio-culturales y ambientales de los interesados justificaran apartarse de la limitación precedente.

3. Se presume la convivencia pública en aparente matrimonio, salvo prueba en contrario, si existe reconocimiento expreso de ese hecho, formulado por el causante en instrumento público.

4. Si el causante hubiera optado por permanecer en el Régimen de Reparto, la prueba podrá sustanciarse ante la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL o mediante información sumaria judicial, con intervención necesariamente de aquélla y demás terceros interesados cuya existencia se conociere. Si el causante estuviera comprendido en el Régimen de Capitalización, la prueba deberá sustanciarse mediante información sumaria judicial, con intervención necesaria de la administradora de fondos de jubilaciones y pensiones en la que se encontrara incorporado, y de todo otro tercero interesado cuya existencia se conociera.

Art. 2º — La SECRETARIA DE SEGURIDAD SOCIAL del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL queda facultada para dictar las normas interpretativas y complementarias del presente decreto.

Art. 3º — Agradécese a los señores miembros de la Comisión Honoraria a la que alude el artículo 52 de la Ley Nº 24.241, la valiosa colaboración prestada en el cumplimiento del cometido asignado por la mencionada norma legal.

Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese. — MENEM. — José A. Caro Figueroa. — Domingo F. Cavallo.

ANEXO I

NORMAS PARA LA EVALUACION, CALIFICACION
Y CUANTIFICACION DEL GRADO DE INVALIDEZ

ARTICULO 52, LEY 24.241

INDICE

INTRODUCCION

El objetivo de las "Normas para la evaluación y calificación del grado de incapacidad de los trabajadores afiliados al Sistema de Jubilaciones y Pensiones", es establecer una metodología de estudio y criterios uniformes de evaluación del deterioro médico-laboral, que permitan determinar el grado de incapacidad que éstos presentan.

METODOLOGIA

RECOMENDACIONES PARA LA JUNTA MEDICA

La incapacidad originada a partir de las patologías que afectan diferentes aparatos se expresará en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional de los mismos. En el caso de un solo aparato involucrado, se definirá el grado de disfunción de dicho sistema y la incapacidad global que determina. Cuando se hayen afectados distintos aparatos, se utilizará el criterio de la capacidad residual restante. Este contempla la valoración del deterioro producido por las diferentes patologías; de acuerdo a su prevalencia, sobre el total (100 %) de la capacidad restante.

Un ejemplo en referencia a la capacidad residual restante es:

Hipertensión Arterial con repercusión orgánica:		= 30 %
Gonartrosis: 12 %	(sobre 70 %) =	8,4 %
Hipocausia: 4 %	(sobre 61,6 %) =	2,46 %
Total Incapacidad:	=	40,86 %

Las afecciones deben ser objetivables a partir de una lesión anatómica evidente, un trastorno funcional medible y/o una alteración psicológica evaluable.

Síntomas referidos en la anamnesis, sin signos físicos y/o psíquicos evidentes durante el examen o a través de una historia clínica y/o estudios complementarios fehacientes deben ser consignados pero no considerados en la evaluación final.

La historia clínica deberá aportar la mayor cantidad de detalles útiles posibles, en especial referidos a los aparatos involucrados, según la anamnesis.

Se pondrá especial énfasis en las fechas de comienzo de los padecimientos aducidos y de los tratamientos médico-quirúrgicos y/o especializados realizados, la evolución a partir de los mismos, y si las terapias implementadas y los tiempos de rehabilitación fueron agotados. Asimismo se evaluarán los hallazgos clínicos con incidencia funcional aunque no correspondan a la patología motivo de la solicitud del beneficio.

Los exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes, electrofisiológicos, tests psicológicos, etc. serán considerados en sus resultados y en relación al momento de la evolución de la afección en que fueron realizados.

Estos elementos, en conjunto, decidirán los porcentajes de incapacidad. Se le sumarán los porcentajes correspondientes a factores complementarios.

Aquellas incapacidades que no incidan en el desempeño de las tareas habituales no serán consideradas en la sumatoria final.

Se deberá considerar que un real impedimento médico debe ser demostrable anatómica, fisiológica, psicológicamente, o de estas dos últimas formas. Tales anormalidades, pueden ser determinadas sólo si son acompañadas de signos, hallazgos de laboratorio, o ambos, además de los síntomas que pueda referir el solicitante de beneficio de invalidez. Posibles patologías que sólo se manifiestan con síntomas no son médicamente determinables.

Aquellas incapacidades que no incidan en el desempeño de las tareas habituales no se aplicarán en la sumatoria final.

RECOMENDACIONES PARA MEDICOS ESPECIALISTAS

Las Juntas Médicas, cuando lo consideren necesario, solicitarán el auxilio de una evaluación médica especializada.

A tal efecto los especialistas intervinientes informarán de las conclusiones de los exámenes realizados. Estas no serán expresadas en términos de porcentaje de incapacidad el cual será calculado finalmente por la Junta Médica.

Se referirán en sus informes a la patología hallada, su incidencia anátomo-funcional y los resultados de los estudios complementarios en que se han basado, a los fines de encuadrar las afecciones dentro de los lineamientos de la presente norma.

Tendrán en cuenta que las patologías para cuyo diagnóstico y pronóstico se requiera de la realización de estudios cruentos, éstos seguramente ya fueron realizados y deberán ser aportados por el peticionante en el momento de su examen. En esta instancia no se solicitarán estudios de esas características.

FACTORES COMPLEMENTARIOS

La incapacidad, concepto médico, se refiere a la disminución de la capacidad funcional originada por una enfermedad física y/o psíquica. Puede ser transitoria o permanente.

El concepto de Invalidez excede los límites de la incapacidad física, psíquica o psicofísica, puesto que a ésta se le agregan otros factores como la edad, el nivel de preparación y la incidencia de la tarea específica del trabajador. A éstos últimos los denominamos factores complementarios.

TABLA DE FACTORES COMPLEMENTARIOS

Los presentes factores, no serán utilizados para pedidos por invalidez por la Ley 20.475 (minusválidos) y 20.888 (ciegos).

Edad Cronológica	
51-55 años	2 a 3 %
56-60 años	3 a 4 %
61 o más años	4 a 5 %
Posibilidad de realizar tareas habituales	
La realiza con dificultad leve.	1 a 2 %
La realiza con gran dificultad.	2 a 4 %
Nivel educativo	
Universitario	1 a 2 %
Secundario	2 a 3 %
Primario	3 a 4 %
Analfabeto	4 a 5 %
Factor compensador	0 a 10 %

Se podrá sumar uno o varios de los factores y no necesariamente se asignará su valor máximo. Ello dependerá de la incidencia que se estime que tiene cada uno en la incapacidad global del afiliado.

El factor compensador será aplicado para aproximar la incapacidad obtenida por tablas a la impresión del deterioro general del solicitante, según criterio médico.

En casos de excepción y plenamente justificados, en que, por el grado de superespecialización laboral, se requiera la indemnidad de órganos y sistemas determinados, que la patología afecte directamente al punto de impedir su realización y que en la tabulación no alcancen el porcentaje necesario, para acceder al beneficio por invalidez, ésta se determinará por una Junta Médica constituida por CINCO (5) miembros.

Las tareas a las que se hace referencia deberán ser debidamente acreditadas y haber sido efectuadas por un lapso no menor de DIEZ (10) años.

Dicha Junta evaluará estos casos especiales apartándose en las conclusiones de la tabulación, volcando las conclusiones en un dictamen que explicará los motivos de la decisión adoptada.

EJEMPLOS DE LA APLICACION DE FACTORES COMPLEMENTARIOS

A manera de ejemplo y continuando con lo vertido ut supra, sobre la incapacidad del 40,86 %, si se trata de un individuo de 51 años de edad, nivel educativo secundario y con dificultad leve para la realización de sus tareas corresponde asignarle como incapacidad total:

Incapacidad:	40,86 %
Edad:	2 %
Nivel educativo:	2 %
Posibilidad de realizar tareas:	1 %
Total:	45,86 %

PIEL

Las enfermedades de la piel que se consideran importantes desde el punto de vista laboral son aquéllas de curso crónico y/o recidivante, o que por sus características (malignas) son irreversibles e imposibles de erradicar.

El criterio para evaluar el deterioro, descansa en la correlación existente entre: zonas afectadas, profundidad y/o extensión de la lesión cutánea y el grado de dificultad laboral que ocasiona.

Cuando las lesiones de piel producen limitaciones de la movilidad deberán ser evaluadas por el ortopedista.

Asimismo, se investigará si la dermopatía afecta a otros órganos o forma parte de una enfermedad sistémica (ej.: esclerodermia, LES). En ambas situaciones se aplicarán los criterios de evaluación de la incapacidad para los aparatos comprometidos en cuestión.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico-psíquico

Estudios complementarios, especialmente biopsia de piel.

Las podemos agrupar en:

1) Lesiones de la epidermis y dermis

a) de la queratinización:

- Queratosis esenciales
- Enfermedad de Darier
- H.A.C.R.E.A.

b) pápuloescamosas:

- Micosis superficiales
- Liquen plano
- Lupus eritematoso
- Psoriasis
- Micosis fungoide

c) eczematosas:

- Dermatitis atópica
  - de contacto
  - bacteriana
  - micótica

d) vesiculoampollosas:

- Dermatitis de contacto
- Dermatitis herpetiforme
- Pénfigo
- Porfiria cutánea tarda

e) pigmentarias:

- Vitiligo
- Porfiria cutánea tarda

f) poiquilodérmicas: (atrofia + alteraciones de la pigmentación).

- Lupus eritematoso discoide crónico
- H.A.C.R.E.A.
- Radiodermitis crónica
- Micosis fungoide

g) tumorales:

- Epitelioma basocelular
  - espinocelular
- Melanoma

2) Lesiones de la dermis

- Reticulosis angiógena de Kaposi
- Esclerodermia en placas
- Enfermedades vasculares del colágeno
- Granulomatosas (Lepra, Sarcoidosis Tuberculosis).
- Xantomas
- Metástasis tumorales

3) Lesiones de las faneras

- Micosis superficiales
- Porfiria cutánea tarda
- Lupus eritematoso discoide
- Esclerodermia

4) Lesiones de la hipodermis

- Nódulos reumáticos
- Lupus profundo
- Vasculitis
- Fascitis eosinófila
- Metástasis tumorales

5) Lesiones que afectan a varias capas

Queloides

Acropatía úlceromutilante pseudo-siringomiélica

Maduromicosis

Leishmaniasis

TABLA DE VALORACIONES PARA ENFERMEDADES DE LA PIEL

ESTADIO I (Sin incapacidad)

Signos clínicos: manifestaciones dermatológicas mínimas ocasionales que ceden con tratamiento local.

ESTADIO II (Incapacidad hasta el 33 %)

Signos clínicos: manifestaciones dermatológicas intermitentes, que ceden con tratamiento local y sistémico.

Limitación esporádica de la actividad laboral.

Estudios complementarios: en relación a la repercusión sistémica valorar la incapacidad según la especialidad que corresponda.

ESTADIO III (Incapacidad entre el 33 y 66 %)

Signos clínicos: manifestaciones dermatológicas con remisión incompleta con tratamiento local y sistémico permanente.

Limitación transitoria de la actividad laboral.

Estudios complementarios: en relación a la repercusión sistémica valorar la incapacidad según la especialidad que corresponda.

ESTADIO IV (Incapacidad mayor del 66 %)

Signos clínicos: lesiones severas e irreversibles que no responden al tratamiento y/u obligan a tratamiento recurrente con aislamiento. Impedimento de la realización de actividades redituables.

Estudios complementarios: biopsia y/o inmunología y/o baciloscopia positivas.

DERMATOPATIAS EVALUABLES

Lesiones de la epidermis y dermis

De la queratinización

QUERATOSIS ESENCIALES	0-30 %	
ENFERMEDAD DE DARIER	30 %	
H.A.C.R.E.A. (Hidroarsenicismo crónico regional endémico argentino (ingesta continuada de agua de pozos artesianos con contenido de arsénico mayor de 0,12mgrs/ml.)	0-30 %	(acorde a compromiso palmo-plantar y a la act. laboral)

Evaluar depresión medular y compromiso neurológico.

70 % (asociado a neoplasia cutánea, pulmonar o gástrica)

Pápuloescamosas

MICOSIS SUPERFICIALES	Capacitado
LIQUEN ROJO PLANO	Capacitado
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO	10-30 %
PSORIASIS	
1. En placas	0 a 10 %
2. Generalizada	70 %
3. Palmoplantar	Hasta 20 %
4. Eritrodérmica	70 %
5. Pustulosa	70 %

Psoriasis Palmoplantar: Tener en cuenta la actividad laborativa asociada a contactantes agresivos y/o uso de calzado de látex.

Psoriasis Generalizada: La incapacidad del 70 % se fundamenta en que se encuentra afectada el 60-70 % de la superficie corporal. Además, si se acompaña por artropatía, debe ser evaluada por Reumatología. Es conveniente también la evaluación por Psiquiatría.

MICOSIS FUNGOIDE	
1. Premicótica (Poiquilodermia vascular atrófica)	0 %
2. Placas con infiltración	5 %
3. Eritrodermia generalizada	70 %
4. Tumoración y/o úlceras cutáneas y/o compromiso sistémico	70 %

Deberá realizarse evaluación hematológica para la investigación de un posible cuadro leucémico (Síndrome de Sézary).

Eczematosas

ECZEMA	
1. Microbiano	Capacitado
2. Por contacto	30-70 % según la gravedad de la lesión y su recurrencia.
3. Atópico	0-30 %
4. Micótico	0 %

Eczematosas y vesiculoampollas

ENFERMEDAD DE DUHRING O DERMATITIS HERPETIFORME la incapacidad se fundamenta en la frecuencia de los brotes ampollares.

5-30 %

Vesiculoampollosas

PENFIGO VULGAR	70 %
PORFIRIA CUTANEA TARDA	0-30 % (salvo que la exposición al sol produzca alteración funcional).

Pigmentarias

VITILIGO	Capacitado

Poiquilodermias

RADIODERMITIS CRONICA	
1. Sin lesiones ulceradas	0-30 % (completar con evaluación ortopédica).
2. Con lesiones ulceradas	30-70 % (según localización y evolución).

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO (ya evaluado)

Tumorales

EPITELIOMA BASOCELULAR	
1. Lobulado quístico o nodular	0 %
2. Plano cicatrizal	0 %
3. Pagetoide	70 %
4. Ulcus rodens	70 %
EPITELIOMA ESPINOCELULAR	0-10 %

En todas las variantes clínicas de basocelular o espinocelular, en las que se evidencia vecindad con el globo ocular y/o por recidiva reiterada, la incapacidad puede alcanzar el 70 %.

MELANOMA MALIGNO

Recidivado o con extensión ganglionar y/o a otros órganos.

70 %

Lesiones de la dermis

RETICULOSIS ANGIOGENA DE KAPOSI	0-30 %	(mono u oligolesional, sin compromiso sistémico).
	70 %	(si es extenso, con manifestación sistémica, o si conforma un signo en el contexto del SIDA).
ESCLERODERMIA EN PLACAS	10-20 %	(completar con evaluación ortopédica).

VASCULITIS

Se evaluarán por su extensión y etiología, por otras especialidades (por ej. A. reumatoídea por Reumatología).

GRANULOMATOSAS

LEPRA

1. Lepromatosa	70-80 %	
2. Tubercoloide	30 %	(según compromiso neurológico).
3. Dimorfa o intermedia	30-70 %	(histológicamente intermedia entre la forma lepromatosa y la forma tuberculoide, con mayor compromiso neuropático).

La tendencia hacia la forma lepromatosa y el mayor compromiso neuropático deciden el mayor porcentaje.

Para completar el diagnóstico de forma clínica de Lepra, es necesario se aporten datos sobre inmunología y baciloscopia, biopsias, certificado oficial o resumen de Historia Clínica.

TUBERCULOSIS

Evaluable por compromiso general.

SARCOIDOSIS

Evaluable por compromiso general.

XANTOMA MULTIPLE EN SUS DIFERENTES FORMAS

1. Sin manifestación sistémica 0 %

2. Con compromiso osteotendinoso: evaluación osteoarticular

3. Con compromiso coronario y/o vascular periférico: evaluación cardiológica. Efectuar estudios de laboratorio para evaluar posible dislipemia familiar.

4. Con coronariopatía asociada, vásculo patía periférica, compromiso osteo tendinoso, dislipemia e historia heredo-familiar: 70 %

METASTASIS TUMORALES 70 %

Lesiones de las faneras

MICOSIS SUPERFICIALES (alopecía) Patologías ya

PORFIRIA CUTANEA TARDA

ESCLERODERMIA EN PLACAS Evaluadas.

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO

Lesiones de la hipodermis

FASCITIS EOSINOFILICA 30-70 % (completar con evaluación ortopédica).

VASCULITIS

Ya evaluadas.

METASTASIS TUMORALES

Ya evaluadas.

Lesiones de varias capas

QUELOIDE Capacitado

Si la dermatosis dificulta la flexoextensión o compromete seriamente la estética de la cara (cicatrices queloides de quemados)

30-70 % (completar con evaluación ortopédica).

ACROPATIA ULCEROMUTILANTE

PSEUDO SIRINGOMIELICA 70 %

MADUROMICOSIS (Pie de madura) 45 %

Corresponde la evaluación por

Ortopedia

LEISHMANIASIS CUTANEO-MUCOSA 0 % (excepto lesiones secuelares importan tes en cara).

OSTEOARTICULAR

Las siguientes normas de evaluación son de aplicación tanto en la valoración de las incapacidades producidas por afecciones reumáticas como por patología ortopédica y/o traumática.

Para evaluar el compromiso funcional originado a partir de las mismas, se considerarán: tipo de afección, tratamiento médico-quirúrgico realizado, terapias de rehabilitación aplicadas, tiempo de evolución y secuelas.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico-psíquico

Laboratorio: hemograma, eritrosedimentación, factor reumatóideo (realizado por 2 métodos: látex con título igual o mayor a 1/160 y Rose Ragan con título igual o mayor a 1/32 y ELISA), células LE, anticuerpos antinúcleo, complemento total, C3, C4, VDRL, CPK, aldolasa, TGO, TGP, creatinina, examen de orina completo y sedimento urinario en fresco, ácido úrico en sangre, perfil fosfocálcico.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC., RMN., Eco, Densitometría ósea.

Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.

Otros: artroscopías, biopsia (sinovial, renal).

AFECCIONES REUMATICAS

La Reumatología estudia las enfermedades no traumáticas del sistema osteoarticular y su frecuente compromiso sistémico (riñón, pulmón, corazón, etc.). Estas afecciones constituyen una de las causas más frecuentes de consulta médica y también de solicitud de beneficio por invalidez.

Las podemos agupar en:

Inflamatorias

Degenerativas

Metabólicas

Extraarticulares

INFLAMATORIAS

Artritis séptica

Artritis post-traumática

Artritis reumatóidea

Artritis reumatóidea juvenil

Lupus eritematoso sistémico

Esclerodermia sistémica

Dermatomiositis y Polimiositis

Vasculitis (Periarteritis nudosa, etc.)

Síndrome de Sjögren

Síndromes de superposición

DEGENERATIVAS

Artrosis

METABOLICAS

a) Osteoporosis

b) Cristálicas: Gota

Enfermedad por depósito de pirofosfato de Ca.

Enfermedad por depósito de hidroxiapatita.

EXTRAARTICULARES

Bursitis, Periartritis, etc.

Respecto del tratamiento efectuado, deberá asegurarse que el mismo fue adecuado y suficiente:

1) Tratamiento medicamentoso.

Las medicaciones indicadas habitualmente en patologías inflamatorias son: drogas antiinflamatorias no esteroides (AINE), corticoides, sales de oro, D-penicilamina, antipalúdicos (cloroquina) e inmunosupresores. Deberán haberse administrado por lo menos 2 tipos de fármacos de distintas líneas, por períodos no inferiores a 6 meses continuados.

2) Tratamiento quirúrgico.

Para aquellos procesos en que existan alternativas quirúrgicas, que puedan disminuir el grado de incapacidad, las mismas deberán ser consideradas.

3) Terapias de rehabilitación.

Se agotarán las posibilidades de terapia física y rehabilitación.

Dadas las características frecuentemente crónicas de estas afecciones, las mismas serán evaluadas con no menos de 1 año de evolución sin mejoría, para concluir que los tratamientos efectuados, según lineamiento precedentemente referido, no se acompañan de una recuperación adecuada. Consecuentemente, se evaluarán las lesiones secuelares según tablas.

INCAPACIDAD EN AFECCIONES INFLAMATORIAS

El deterioro producido por enfermedades inflamatorias se medirá desde dos puntos de vista: a) compromiso articular, b) compromiso sistémico.

En el caso de existir exclusivamente compromiso articular se evaluará con las tablas referidas al sistema músculo-esquelético. A la limitación funcional de cada articulación se le agregarán los factores correspondientes a debilidad muscular y falta de fuerza que acompañan a estas afecciones.

Cuando hay compromiso sistémico se determinará la incapacidad correspondiente a dicha patología según el aparato o sistema involucrado, por ej. epiescleritis por Oftalmología, pericarditis por Cardiología, etc.

Cuando existan lesiones osteoarticulares y sistémicas, se calculará la combinación de las incapacidades producidas por las mismas.

INCAPACIDAD EN AFECCIONES DEGENERATIVAS

Se evaluarán a partir de su repercusión funcional sobre las articulaciones comprometidas.

INCAPACIDAD EN AFECCIONES METABOLICAS

Se sustenta el mismo criterio. De existir compromiso extraarticular, se agregará su merma al calculado para la afectación articular.

INCAPACIDAD EN AFECCIONES EXTRAARTICULARES

Hay afecciones que tienen expresión fuera del ámbito íntimo de la articulación produciendo alteraciones funcionales de otras estructuras. Se evaluarán según el criterio general de estas

normas. Por ej.: la afectación neurológica local producida en el Síndrome del Túnel Carpiano, la limitación funcional del codo y/o rodillas producida por los tofos gotosos.

AFECCIONES ORTOPEDICAS Y TRAUMATICAS

Se evaluarán las incapacidades derivadas de alteraciones en el crecimiento (ej.: escoliosis), de tumores y de lesiones traumáticas (ej.: amputaciones), como los compromisos funcionales resultantes de las mismas.

Es de hacer notar la importancia de la investigación de la limitación funcional de las articulaciones, en grados, por tablas.

El dolor es un síntoma siempre presente en este tipo de afecciones. Es individual, difícil de cuantificar y dependiente, en gran parte, del estado emocional de la persona. Sin embargo su ubicación, las limitaciones que ocasiona y la respuesta a los analgésicos comunes son formas de valorar la coherencia del mismo con respecto a la patología en cuestión. En algunos casos se podrán encontrar elementos objetivos que le dan mayor veracidad. (por ej. hipotrofias, posiciones antálgicas).

Es válido para este tipo de afecciones lo afirmado en el capítulo correspondiente a alteraciones reumáticas respecto a metodología de estudio y tratamiento médico.

Lo propio se refiere a: los tratamientos de inmovilización, quirúrgicos y los tiempos de rehabilitación. Deberá ser evaluado en el momento que se tenga por cierto la conclusión de los tratamientos aplicados.

TABLAS DE COMPROMISO FUNCIONAL OSTEOARTICULAR

COLUMNA VERTEBRAL

1. El 0° se toma cuando la cabeza o el tronco miran hacia adelante.

2. En los casos de limitación de la movilidad, cuando son varios los movimientos afectados, se suma aritméticamente el grado de incapacidad de cada uno de ellos y el resultado es la incapacidad global de la persona por la lesión columnaria.

3. En los casos en que la columna se encuentre anquilosada (cervical o dorsolumbar) el valor mayor por anquilosis representa la incapacidad global de la persona debido al sector de la columna en que se encuentre.

4. Si a la alteración de la movilidad se le agrega una lesión nerviosa, radicular o periférica, se valorará ésta en la parte del Baremo referida a las incapacidades del sistema nervioso periférico y se combinarán los porcentajes.

5. Las alteraciones funcionales de los sectores cervical y dorsolumbar se combinan entre sí cuando coexisten.

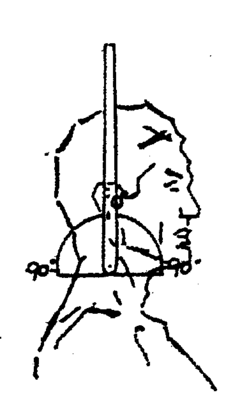
COLUMNA CERVICAL

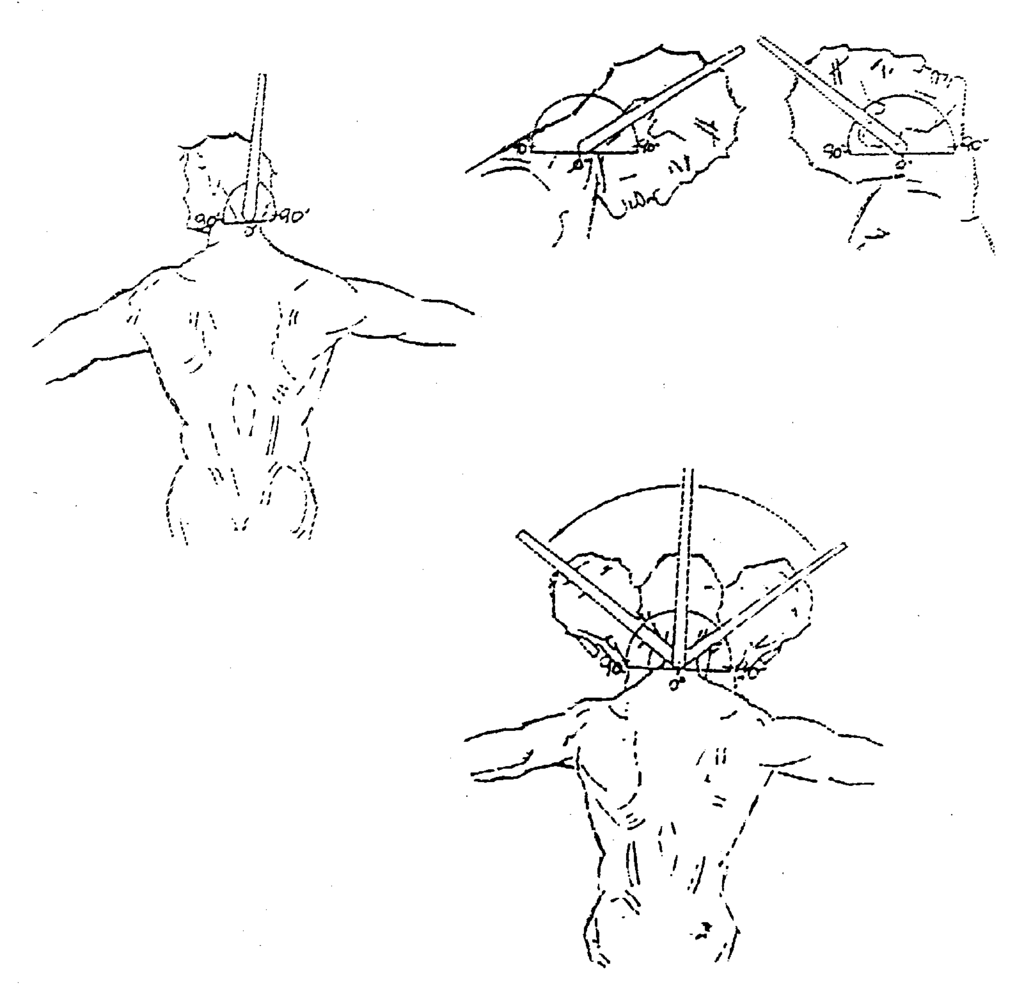
Limitación funcional

Excursión desde 0° hasta	Incapacidad global			
	Extensión	Rotación	Inclinación	Flexión
0°	4 %	2 %	4 %	4 %
10°	2 %	2 %	3 %	3 %
20°	1 %	1 %	1 %	1 %
30°	0 %	1 %	0 %	0 %
40°			0 %	

ANQUILOSIS

Anquilosada en:	Incapacidad global			
	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	20 %	20 %	20 %	20 %
10°	27 %	25 %	27 %	27 %
20°	33 %	30 %	33 %	33 %
30°	40 %	35 %	40 %	40 %
40°		40 %		





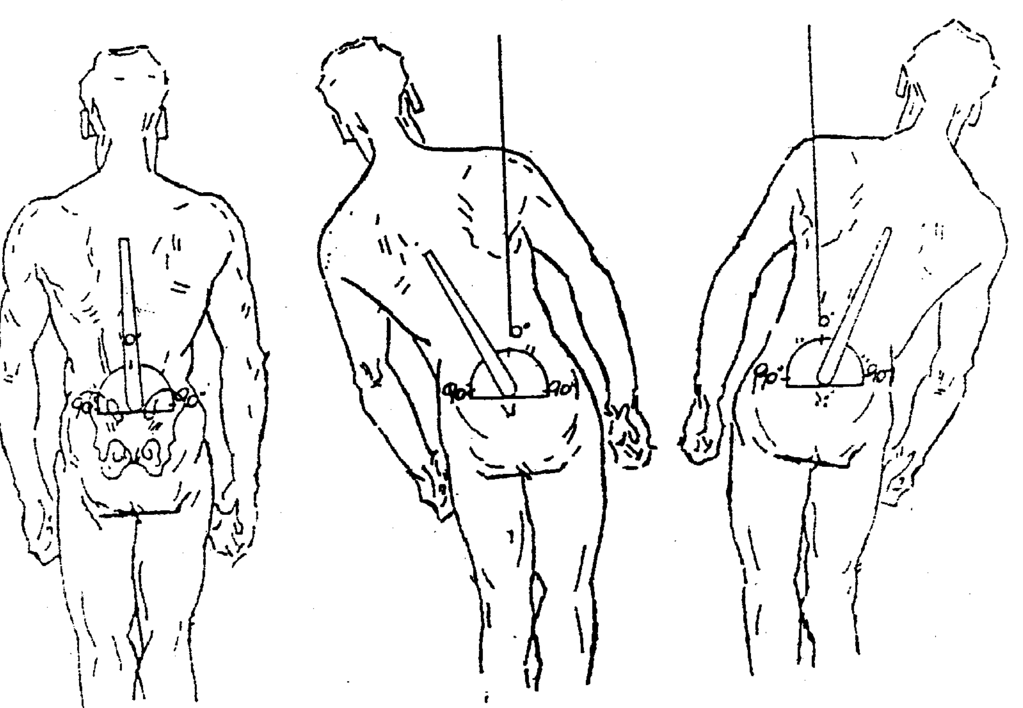
COLUMNA DORSOLUMBAR

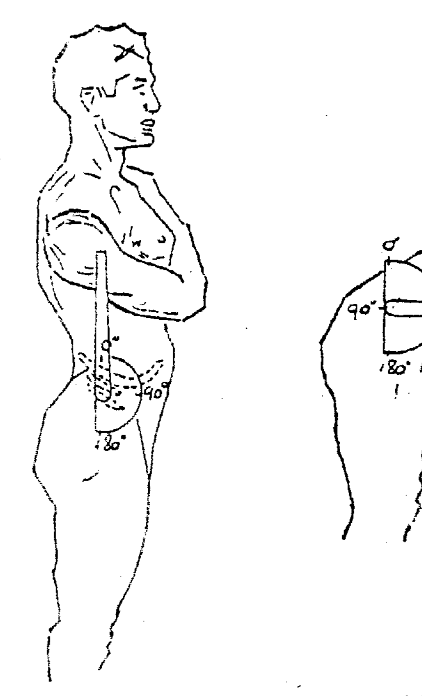
Limitación Funcional

Excursión desde 0° hasta	Incapacidad global			
	Rotación D.I.	Inclinación D.I.	Flexión	Extensión
0°	5 %	4 %	9 %	3 %
10°	4 %	2 %	8 %	2 %
20°	2 %	0 %	7 %	1 %
30°	0 %		6 %	0 %
40°			5 %	
50°			4 %	
60°			3 %	
70°			2 %	
80°			1 %	
90°			0 %	

ANQUILOSIS

Anquilosada en	Incapacidad global			
	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	30 %	30 %	30 %	30 %
10°	40 %	45 %	33 %	40 %
20°	50 %	60 %	37 %	50 %
30°	60 %		40 %	60 %
40°			43 %	
50°			47 %	
60°			50 %	
70°			53 %	
80°			57 %	
90°			60 %	

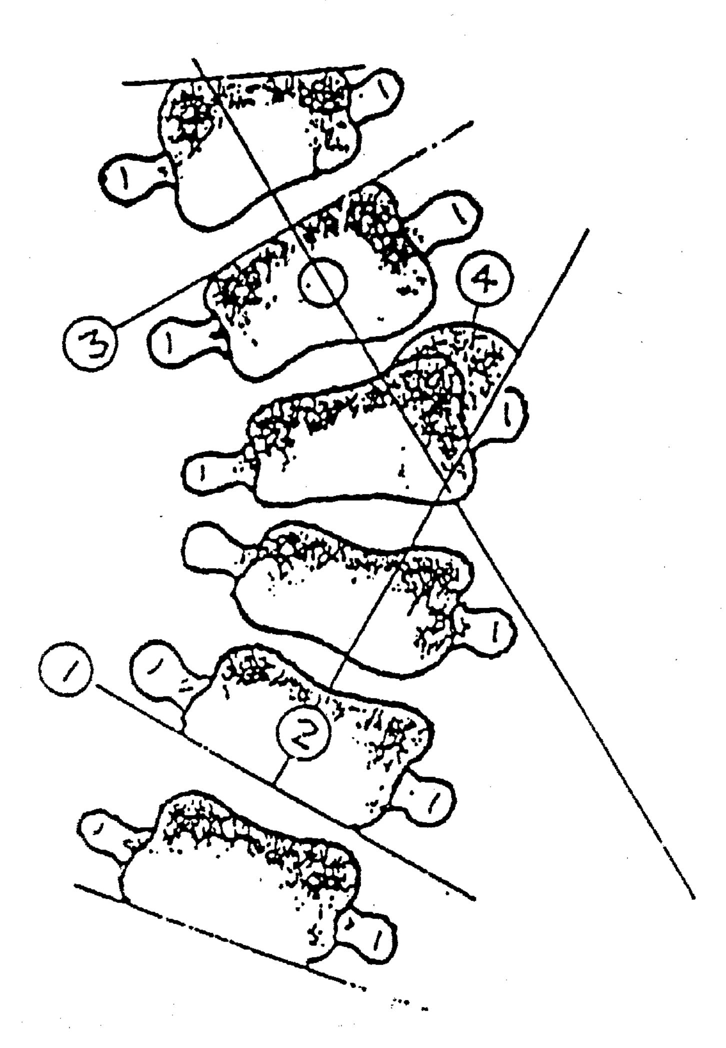




ESCOLIOSIS

Incurvación	dorsal	dorsolumbar	lumbar
- de 20°	9 %	17 %	6 %
20° a 30°	15 %	24 %	12 %
30° a 40°	24 %	37 %	21 %
40° a 50°	30 %	43 %	27 %
+ de 50°	36 %	49 %	33 %

Para la determinación del grado de escoliosis se sigue a Cobb que considera como límite superior de la curva a aquella vértebra cuyo borde superior se encuentra más inclinado hacia el lado de la concavidad, y como límite inferior a la vértebra cuyo borde inferior está también más inclinado hacia el lado de la concavidad. Una vez localizadas estas dos vértebras se trazan dos perpendiculares: una, al borde superior de la vértebra superior, y otra, al borde inferior de la vértebra inferior. Estas dos perpendiculares se cruzan determinando un ángulo cuya medición dará la medida de la curva escoliótica.



1. Sin límite interior.
2. Perpendicular.
3. Límite superior.
4. Angulo de medición.

FRACTURAS

Compresión del	Incapacidad
0 %	0 %
25 %	5 %
50 %	10 %
+ 50 %	20 %
Fractura de los elementos posteriores	5 %

El compromiso de las raices nerviosas será evaluado en el capítulo correspondiente.

MIEMBRO SUPERIOR

AMPUTACIONES DEL MIEMBRO SUPERIOR

	Incapacidad global
Amputación por arriba del hombro	70 %
Amputación a la altura del hombro	**66 %**
Amputación por arriba de V deltoidea	66 %
Amputación del 1/3 distal del brazo	66 %
Amputación a nivel del codo	**66 %**
Amputación 1/3 proximal de antebrazo	66 %
Amputación 1/3 medio de antebrazo	66 %
Amputación a nivel de muñeca	**66 %**
Amputación tras-metacarpiana de los 5 dedos	66 %
Amputación de los cuatro dedos menos pulgar	40 %
Amputación a nivel de la metacarpo falángica del pulgar	**30 %**
Amputación a nivel de la interfalángica del pulgar	15 %
Amputación distal de la última porción falángica del pulgar	5 %
Amputación a nivel de la metacarpo falángica del índice	**14 %**
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del índice	11 %
Amputación distal de la última porción falángica del índice	6 %
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del mayor	**11 %**
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del mayor	8 %
Amputación a nivel de la interfalángica distal del mayor	5 %
Amputación distal de la última falange del mayor	2 %
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del anular	**5 %**
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del anular	4 %
Amputación a nivel de la interfalángica distal del anular	3 %
Amputación distal de la última falange del anular	1 %
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del meñique	**3 %**
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del meñique	2 %
Amputación a nivel de la interfalángica distal del meñique	1 %
Amputación distal de la última falange del meñique	0,5 %

ARTICULACION DEL HOMBRO

Limitación funcional

Abdo-elevación

Desde el 0° Abdo eleva hasta:	Incapacidad global
0°	10 %
10°	10 %
20°	8 %
30°	8 %
40°	7 %
50°	7 %
60°	6 %
70°	5 %
80°	5 %
90°	4 %
100°	4 %
110°	2 %
120°	2 %
130°	1 %
140°	1 %
150°	0 %

Aducción

Desde el 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	2 %
10°	1 %
20°	1 %
30°	0 %

Elevación anterior

Desde el 0° hasta el:	Incapacidad global
0°	10 %
10°	9 %
20°	8 %
30°	8 %
40°	7 %
50°	7 %
60°	5 %
70°	5 %
80°	4 %
90°	4 %
100°	3 %
110°	2 %
120°	2 %
130°	1 %
140°	1 %
150°	0 %

Elevación posterior

Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	2 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	1 %
40°	0 %

Rotación interna

Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	4 %
10°	3 %
20°	2 %
30°	1 %
40°	0 %

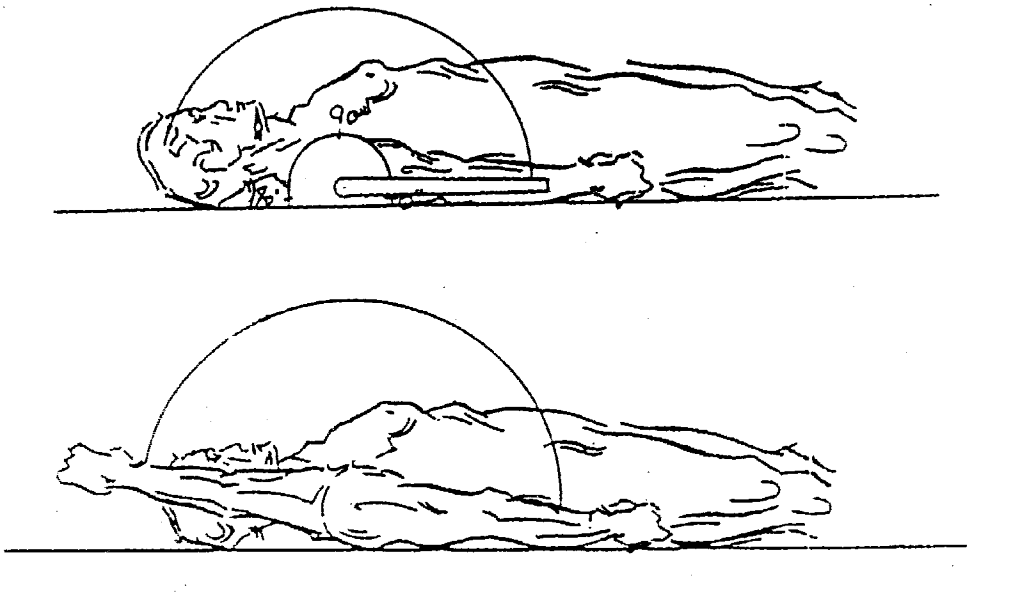
Rotación externa

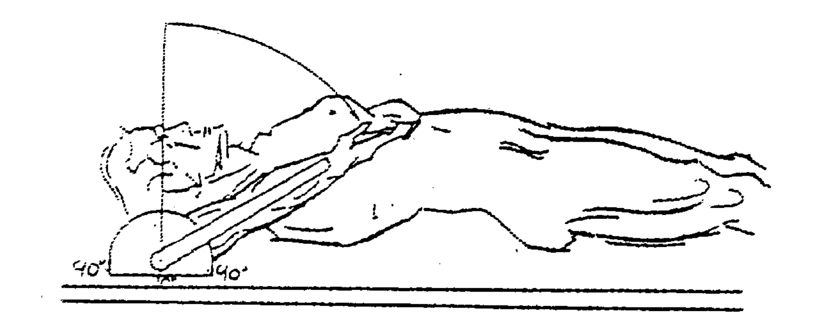
Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	8 %
10°	7 %
20°	7 %
30°	5 %
40°	5 %
50°	4 %
60°	3 %
70°	2 %
80°	1 %
90°	0 %

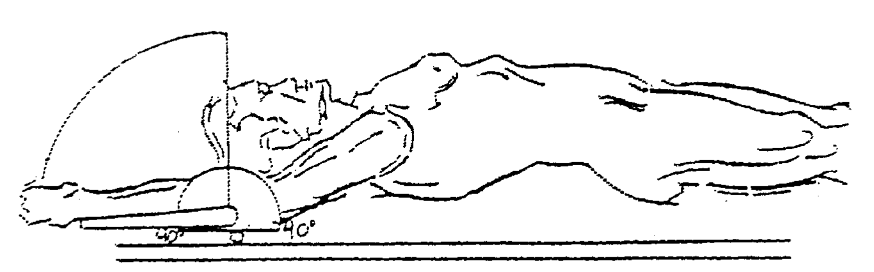
ANQUILOSIS

Incapacidad Global

Articulación fija en:	Abdoeleva	Aduc.	Eleva ante	Eleva post.	Rot. I.	Rot. E.
0°	36 %	36 %	36 %	36 %	36 %	36 %
10°	34 %	44 %	32 %	42 %	42 %	30 %
20°	31 %	52 %	28 %	48 %	48 %	24 %
30°	28 %	60 %	24 %	54 %	54 %	29 %
40°	25 %		27 %	60 %	60 %	34 %
50°	26 %		30 %			40 %
60°	29 %		33 %			44 %
70°	32 %		36 %			50 %
80°	36 %		39 %			55 %
90°	40 %		42 %			60 %
100°	42 %		45 %			
110°	46 %		48 %			
120°	50 %		51 %			
130°	53 %		54 %			
140°	56 %		57 %			
150°	60 %		60 %			







ARTICULACION DEL CODO

Limitación funcional

Flexo-extensión

Flexión retenida en: -	%	Desde los 150° hasta -	%
0°	60 %	0°	0 %
10°	57 %	10°	1 %
20°	55 %	20°	2 %
30°	50 %	30°	4 %
40°	50 %	40°	5 %
50°	45 %	50°	10 %
60°	40 %	60°	15 %
70°	35 %	70°	20 %
80°	30 %	80°	25 %
90°	25 %	90°	30 %
100°	8 %	100°	35 %
110°	6 %	110°	40 %
120°	5 %	120°	45 %
130°	3 %	130°	50 %
140°	2 %	140°	55 %
150°	0 %	150°	60 %

Pronación o Supinación

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
10°	7 %
20°	6 %
30°	5 %
40°	4 %
50°	3 %
60°	2 %
70°	1 %
80°	0 %

(para cada lado)

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Incapacidad global
0°	60 %
10°	58 %
20°	55 %
30°	50 %
40°	45 %
50°	43 %
60°	40 %
70°	35 %
80°	32 %
90°	**30 %**
100°	35 %
110°	40 %
120°	45 %
130°	50 %
140°	55 %
150°	60 %

MUÑECA

Limitación funcional

Flexión dorsal

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	6 %
10°	5 %
20°	4 %
30°	3 %
40°	2 %
50°	1 %
60°	0 %

Flexión palmar

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	7 %
10°	6 %
20°	5 %
30°	4 %
40°	3 %
50°	2 %
60°	1 %
70°	0 %

Desviación radial desde:

Hasta los:	Incapacidad global
0°	2 %
10°	1 %
20°	0 %

Desviación cubital desde:

Hasta los:	Incapacidad global
0°	3 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	0 %

ANQUILOSIS

Muñeca anquilosada			Incapacidad global en:	
	Flexión	Extensión	Desv. radial	Des. Cubital
0°	18 %	18 %	18 %	18 %
10°	23 %	17 %	36 %	30 %
20°	28 %	16 %	54 %	42 %
30°	34 %	15 %		54 %
40°	38 %	23 %		
50°	44 %	41 %		
60°	49 %	54 %		
70°	54 %			

PULGAR

Limitación funcional

Articulación Carpo-Metacarpiana:
(Incluye Aducción y Abducción)

Flexión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	3 %
10°	1 %
15°	0 %

Extensión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	3 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	0 %

Articulación Metacarpo-falángica:

Flexión

Movilidad hasta:	Incapacidad global
0°	12 %
10°	10 %
20°	8 %
30°	6 %
40°	4 %
50°	2 %
60°	0 %

Articulación Interfalángica:

Movilidad hasta:	Incapacidad global
0°	10 %
10°	9 %
20°	7 %
30°	6 %
40°	5 %
50°	4 %
60°	2 %
70°	1 %
80°	0 %

ANQUILOSIS CARPO-METACARPIANA
(Incluye la Aducción y Abducción)

En flexión de:	Incapacidad global
0°	7 %
10°	12 %
20°	17 %
En extensión de:	
0°	7 %
10°	10 %
20°	14 %
30°	17 %

ANQUILOSIS METACARPO-FALANGICA

Anquilosada en:	Incapacidad global
0°	12 %
10°	10 %
20°	9 %
30°	12 %
40°	13 %
50°	15 %

Anquilosis Inter-Falángica:

Anquilosada en:	Incapacidad global
0°	10 %
10°	9 %
20°	8 %
30°	8 %
40°	8 %
50°	10 %

DEDOS DE LA MANO MENOS EL PULGAR

Limitación funcional

Articulación Metacarpo-falángica:

Flexión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	8 %
10°	7 %
20°	6 %
30°	5 %
40°	4 %
50°	3 %
60°	3 %
70°	2 %
80°	1 %
90°	0 %

Articulación Interfalángica proximal:

Flexión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	8 %
10°	8 %
20°	7 %
30°	6 %
40°	5 %
50°	4 %
60°	3 %
70°	3 %
80°	2 %
90°	1 %
100°	0 %

Articulación Interfalángica distal:

Flexión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	6 %
10°	5 %
20°	4 %
30°	4 %
40°	3 %
50°	2 %
60°	1 %
70°	0 %

DEDOS MENOS PULGAR

ANQUILOSIS

INDICE Y MAYOR

Incapacidad Global

Anquilosis:	M-F	I-F-P	I-F-D*
0°	8 %	8 %	6 %
10°	8 %	8 %	5 %
20°	7 %	8 %	5 %
30°	6 %	8 %	5 %
40°	8 %	7 %	4 %
50°	8 %	8 %	5 %
60°	10 %	8 %	5 %
70°	11 %	8 %	6 %
80°	13 %	10 %	-
90°	14 %	10 %	-
100°	-	11 %	-

ANULAR Y MEÑIQUE

Anquilosis Metacarpo-falángica 0 % global.

* M-F: Articulación Metacarpo-falángica.
I-F-P: Articulación Interfalángica proximal.
I-F-D: Articulación Interfalángica distal.

MIEMBRO INFERIOR

AMPUTACIONES DEL MIEMBRO INFERIOR

Hemipelvectomía	80 %
Desarticulación cadera	**70 %**
Amputación 1/3 proximal muslo	65 %
Amputación 1/3 medio y distal	60 %
Desarticulación rodilla	**60 %**
Amputación bajo rodilla con muñón funcional	50 %
Desarticulación del tobillo (Syme y Boyd)	**45 %**
Amputación tarso-metatarsial y medio-tarsiana	40 %
Amputación todos los dedos	20 %
Amputación 1° dedo a nivel metatarso-tarsiana	15 %
Amputación 1° dedo a nivel metatarso-falángica	**13 %**
Amputación 1° dedo interfalángica	7 %
Amputación 2° a 5° dedo	2 %

CADERA

LIMITACION FUNCIONAL

Flexión

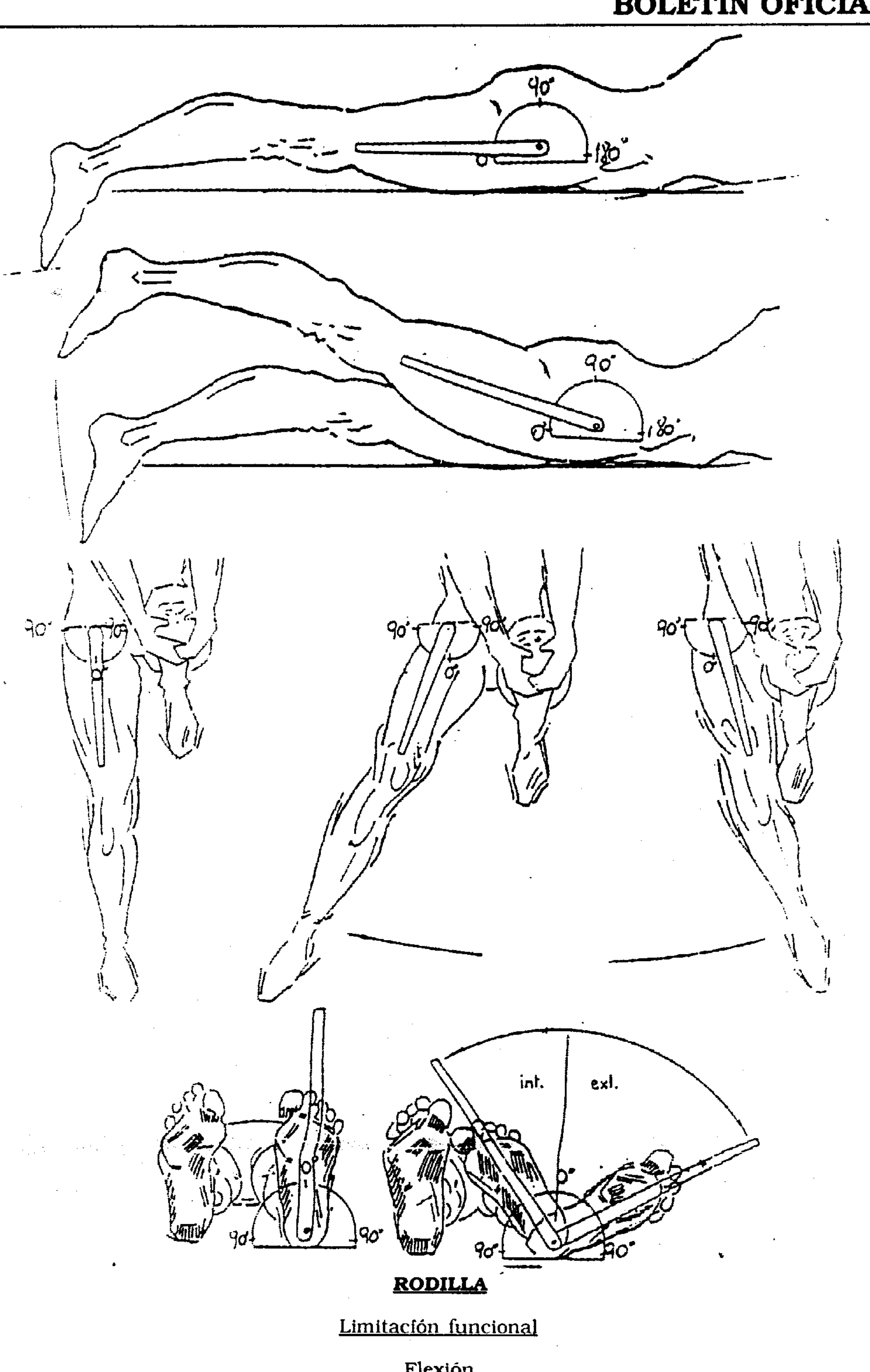
Desde el 0° Hasta: — Incapacidad global

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rot. Ex.	Rot. Int.
0°	7 %	2 %	6 %	3 %	5 %	5 %
10°	7 %	2 %	5 %	2 %	4 %	3 %
20°	6 %	1 %	3 %	0 %	3 %	2 %
30°	5 %	0 %	2 %		2 %	1 %
40°	4 %		0 %		1 %	0 %
50°	4 %				0 %	
60°	3 %					
70°	3 %					
80°	2 %					
90°	1 %					
100°	0 %					

ANQUILOSIS

Cadera anquilosada en: — Incapacidad global

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rot. Int.	Rot. Ext.
0°	28 %	28 %	28 %	28 %	28 %	28 %
10°	25 %	32 %	31 %	34 %	31 %	30 %
20°	22 %	36 %	34 %	40 %	34 %	33 %
25°	20 %	—	—		—	—
30°	21 %	40 %	37 %		37 %	35 %
40°	24 %		40 %		40 %	38 %
50°	27 %					40 %
60°	29 %					
70°	32 %					
80°	35 %					
90°	37 %					
100°	40 %					



RODILLA

Limitación funcional

Flexión

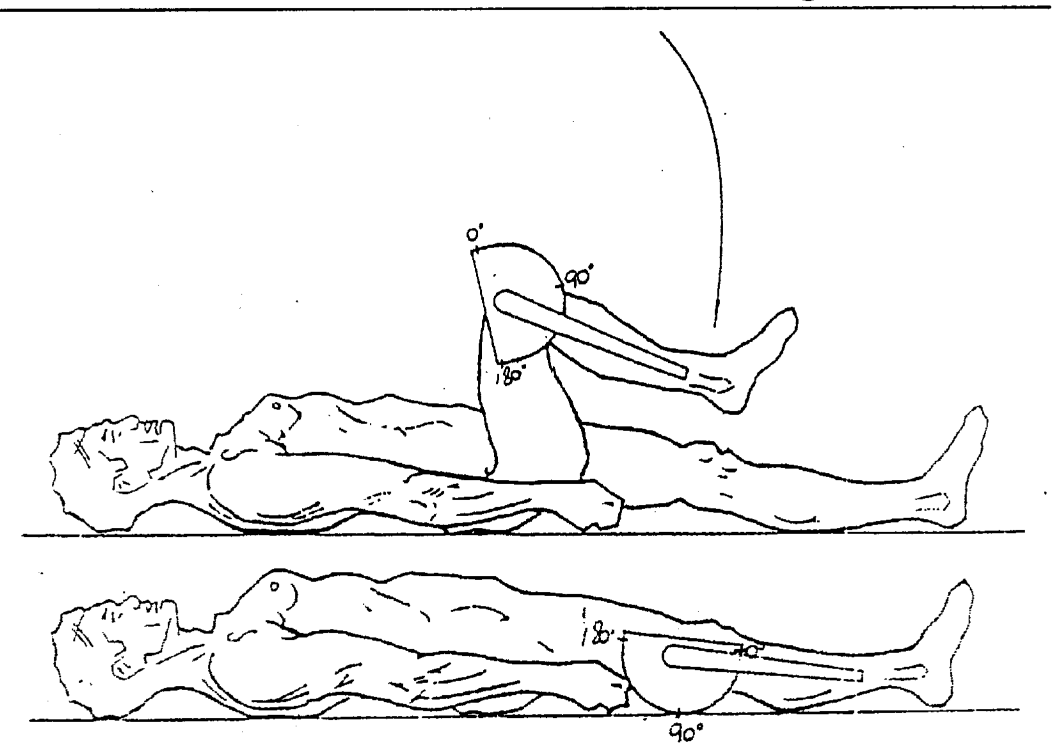
Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	30 %
10°	25 %
20°	20 %
30°	17 %
40°	16 %
50°	14 %
60°	13 %
70°	11 %
80°	10 %
90°	8 %
100°	7 %
110°	6 %
120°	4 %
130°	3 %
140°	2 %
150°	0 %

Extensión

Extiende hasta:	Incapacidad global
0°	0%
10°	10%
20°	20%
30°	40%
40°	50%
50° a 150°	60%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en:	Incapacidad global
0°	30 %
10°	35 %
20°	40 %
30°	45 %
40°	50 %
50° a 150°	65 %



TOBILLO

Limitación funcional

Flexión Dorsal

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	3 %
10°	2 %
20°	0 %

Flexión plantar

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	6%
10°	4%
20°	3%
30°	2%
40°	0%

Inversión

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	2 %
10°	2 %
20°	1 %
30°	0 %

Eversión

Desde el 0° hasta:	Incapacidad global
0°	2%
10°	1%
20°	0%

ANQUILOSIS

Articulación anquilosada en: Incapacidad global

Grados	Flex. dorsal	Flex. plantar	Inversión	Eversión
0°	12 %	12 %	12 %	12 %
10°	20 %	16 %	17 %	20 %
20°	28 %	20 %	23 %	28 %
30°		24 %	28 %	
40°		28 %		

DEDOS DEL PIE

Anquilosis o Limitaciones Funcionales

1º dedo

a) Articulación interfalángica:

Grado de flexión	Incapacidad global
0°	2 %
10°	3 %
20°	3 %
30°	4 %

b) Articulación metatarso falángica:

Grado de flexión dorsal	Incapacidad global
0°	3 %
10°	3 %
20°	4 %
30°	4 %
40°	5 %
50°	5 %

Grado de flexión plantar	Incapacidad global
0°	3 %
10°	4 %
20°	4 %
30°	5 %

Resto de los dedos

a) Articulación interfalángica proximal	1 %
b) Articulación metatarsofalángica:	
De 0° a 20°	1 %
De 20° a 30°	2 %

ACORTAMIENTO DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Acortamiento	Incapacidad Global
De 0 a 1,50 cm.	2 %
De 1,50 a 2,50 cm.	4 %
De 2,50 a 4 cm.	6 %
De 4 a 5 cm.	8 %
De más de 5 cm	10 %

OSTEOMIELITIS CRONICA

Con proceso en actividad (fístulas, edemas, tumefacción, flogosis, laboratorio) ... 60 %
Sin actividad actual, se valorará repercusión articular secuelar de acuerdo a tablas.

LESIONES DE PARTES BLANDAS

Se tendrá en cuenta la repercusión funcional de las articulaciones comprometidas.

SEUDOARTROSIS

Región	Incapacidad Global
Fémur	60 %
Tibia	40 %
Peroné	10 %
Tibia y Peroné	55 %
Húmero	45 %
Cúbito	15 %
Radio	15 %
Cúbito y Radio	45 %
Escápula	15 %

TUMORES OSEOS

Tumores benignos: serán evaluados según secuelas anatómicas y/o funcionales. Según tablas.

Tumor primitivo extirpable: se evaluará según secuela anatómica (ej.: amputación) y/o funcional. Según tablas

Tumor primitivo extirpable con metástasis:	70 %
Tumor primitivo inextirpable con o sin metástasis:	70 %
Metástasis de neoplasias primitivas de otros órganos:	70 %
Mieloma con compromiso poliostótico y/o fracturas patológicas:	70 %

Otras formas de Mieloma se evaluarán por Hematología y la afectación de otros órganos.

COMPROMISO NERVIOSO PERIFERICO DE LAS AFECCIONES OSTEOARTICULARES

Ya se ha mencionado que a la limitación específica de la movilidad articular, expresada en grados de incapacidad por tablas, se le combinará la producida por la pérdida de fuerza muscular y los trastornos de la sensibilidad, reales y de alguna manera objetivables.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Evaluación psicológica

Diagnóstico por imágenes

Electrofisiológicos: electromiograma, velocidad de conducción, potenciales evocados.

En el examen físico se pondrá particular énfasis en la comparación del trofismo del miembro afectado con respecto al sano.

Lo mismo se hará en la evaluación de la fuerza muscular:

	Alteración funcional
Movilidad conservada contra resistencia fuerte	0 %
Movilidad conservada contra resistencia moderada	5-25 %
Movilidad conservada contra resistencia leve	25-50 %
Movilidad conservada contra resistencia mínima	50-75 %
Trazas de movilidad a inmovilidad	75-100 %

ALTERACIONES DE LOS PLEXOS

Se deberá evaluar la alteración motora y sensitiva.

- Plexo Braquial.

- Plexo Lumbosacro.

1 - Plexo Braquial.

Está constituido por los haces de C5-C6-C7-C8 y T1.

PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL

	Alteración de la: función sensorial	función motora	Inc. extr. sup.	Inc. global
Plexo braquial				
Total	0-100 %	0-100 %	0-100 %	0-60 %
Tronco Sup. (C-5, C-6)	0-20 %	10-30 %	10-40 %	0-24 %
Duchenne- Erb (C-5, C-6, C-7)	0-25 %	10-70 %	10-78 %	0-47 %
Tronco medio (C-7) (Radial)	0-5 %	10-35 %	10-38 %	0-23 %
Tronco inferior (C-8, D-1) (Klumpke-Déjerine)	0-20 %	10-70 %	10-76 %	0-46 %

2 - Plexo lumbo-sacro.

Está constituido por haces lumbares y sacros. Involucra el funcionamiento de algunas vísceras y órganos sexuales.

PLEXO LUMBO-SACRO UNILATERAL

Alteración sensitiva	Alteración motora	Incapacidad global
0-40 %	0-50 %	0-70 %

RAICES DE NERVIOS ESPINALES

INCAPACIDAD UNILATERAL POR RAIZ DE NERVIO ESPINAL

Raíz	Alteración sensitiva	Alteración motora	Incapacidad de la extremidad
C-5	0-5 %	0-30 %	0-34 %
C-6	0-8 %	0-35 %	0-40 %
C-7	0-5 %	0-35 %	0-38 %
C-8	0-5 %	0-45 %	0-48 %
T-1	0-5 %	0-20 %	0-24 %
L-3	0-5 %	0-20 %	0-24 %
L-4	0-5 %	0-34 %	0-37 %
L-5	0-5 %	0-37 %	0-40 %
S-1	0-5 %	0-20 %	0-24 %

La incapacidad global se obtiene combinando todas las incapacidades de la extremidad en cuestión.

INCAPACIDAD UNILATERAL DEL NERVIO ESPINAL QUE AFECTA A LA CABEZA Y AL CUELLO

Alteración	sensitiva	motora	incapacidad global
Occipital mayor	0-5 %	0 %	0-5 %
Occipital menor	0-3 %	0 %	0-3 %
Gran auricular	0-3 %	0 %	0-3 %
Secundario o accesorio (secundario espinal)	0 %	0-10 %	0-10 %

INCAPACIDAD POR LESION DE RAICES TORACICAS

	Incapacidad global unilateral	Incapacidad global bilateral
Cualquiera de 2 raíces	0-5 %	0-10 %
Cualquiera de 5 raíces	5-15 %	10-28 %
más de 5 raíces	15-35 %	28-58 %

INCAPACIDAD UNILATERAL DEL NERVIO ESPINAL DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

NERVIO	Alteración sensitiva	Alteración motora	Inc. de los dedos	Inc. extr. sup.
Torácico anterior	0 %	0-5%		0-5 %
Axilar (circunflejo)	0-5 %	0-35%		0-38 %
Escapular Dorsal	0 %	0-5%		0-5 %
Torácico Largo	0 %	0-15%		0-15 %
Cutáneo Antebraquial	0-5 %	0 %		0-5 %
Medio Cutáneo Braquial Medio	0-5 %	0 %		0-5 %
Mediano (por encima del antebrazo medio)	0-40 %	0-55 %		0-73 %
Mediano (por debajo del antebrazo medio)	0-40 %	0-35 %		0-61 %
Rama lado radial del pulgar	0-4 %	0 %	0-11 %	0-4 %
Rama lado cubital del pulgar	0-8 %	0 %	0-23 %	0-8 %
Rama lado radial del índice	0-8 %	0 %	0-37 %	0-8 %
Rama lado cubital del índice	0-3 %	0 %	0-13 %	0-3 %
Rama lado radial del medio	0-7 %	0 %	0-42 %	0-7 %
Rama lado cubital del medio	0-2 %	0 %	0-12 %	0-2 %
Rama lado radial del anular	0-3 %	0 %	0-34 %	0-3 %
Musculocutáneo	0-5 %	0-25 %		0-29 %
Radial (músculo-espiral parte sup. del brazo con pérd. del tríceps)	0-5 %	0-55 %		0-57 %
muñeca en pos. funcional	0-5 %	0-55 %		0-57 %
Radial (músculo-espiral en posición funcional)	0-5 %	0-40 %		0-43 %
Subescapular (superior e inferior)	0 %	0-5 %		0-5 %
Supraescapular	0-5 %	0-15 %		0-19 %
Torácicodorsal (subescapular)	0 %	0-10 %		0-10 %
Cubital (encima antebrazo medio)	0-10 %	0-35 %		0-33 %
Cubital (debajo antebrazo medio)	0-10 %	0-25 %		0-33 %
Rama lado cubital dedo anular.	0-2 %	0 %	0-24 %	0-2 %
Rama lado radial meñique	0-2 %	0 %	0-49 %	0-2 %
Rama lado cubital meñique	0-2 %	0 %	0-49 %	0-2 %

La incapacidad global se obtiene combinando todas las incapacidades de la extremidad en cuestión.

CONVERSION DE LA INCAPACIDAD DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR UNILATERAL EN INCAPACIDAD GLOBAL

Inc. ext.	Inc. global	Inc. ext.	Inc. global	Inc. ext.	Inc. global
1 %	1 %	34 %	20 %	67 %	40 %
2 %	1 %	35 %	21 %	68 %	41 %
3 %	2 %	36 %	22 %	69 %	41 %
4 %	2 %	37 %	22 %	70 %	42 %
5 %	3 %	38 %	23 %	71 %	43 %
6 %	4 %	39 %	23 %	72 %	43 %
7 %	4 %	40 %	24 %	73 %	44 %
8 %	5 %	41 %	25 %	74 %	44 %
9 %	5 %	42 %	25 %	75 %	45 %
10 %	6 %	43 %	26 %	76 %	46 %
11 %	7 %	44 %	26 %	77 %	46 %
12 %	7 %	45 %	27 %	78 %	47 %
13 %	8 %	46 %	28 %	79 %	47 %
14 %	8 %	47 %	28 %	80 %	48 %
15 %	9 %	48 %	29 %	81 %	49 %
16 %	10 %	49 %	29 %	82 %	49 %
17 %	10 %	50 %	30 %	83 %	50 %
18 %	11 %	51 %	31 %	84 %	50 %
19 %	11 %	52 %	31 %	85 %	51 %
20 %	12 %	53 %	32 %	86 %	52 %
21 %	13 %	54 %	32 %	87 %	52 %
22 %	13 %	55 %	33 %	88 %	53 %
23 %	14 %	56 %	34 %	89 %	53 %
24 %	14 %	57 %	34 %	90 %	54 %
25 %	15 %	58 %	35 %	91 %	55 %
26 %	16 %	59 %	35 %	92 %	55 %
27 %	16 %	60 %	36 %	93 %	56 %
28 %	17 %	61 %	37 %	94 %	56 %
29 %	17 %	62 %	37 %	95 %	57 %
30 %	18 %	63 %	38 %	96 %	58 %
31 %	19 %	64 %	38 %	97 %	58 %
32 %	19 %	65 %	39 %	98 %	59 %
33 %	20 %	66 %	40 %	99 %	59 %
				100 %	60 %

Estas tablas están referidas a la extremidad hábil. En caso de la extremidad no hábil podrá haber una disminución del grado de incapacidad de hasta el 10 % del valor calculado, referido al global del miembro.

En caso de compromiso bilateral: se calcula la incapacidad global atribuible a cada miembro en forma separada, cada una de ellas se transforma en incapacidad global de la persona, y luego se combinan según el principio de la capacidad residual restante.

INCAPACIDAD DEL NERVIO ESPINAL UNILATERAL QUE AFECTA A LA EXTREMIDAD INFERIOR

NERVIO	Alteración de función sensitiva	Alteración de función motora	Incapacidad extr. inferior
Femoral	0-5 %	0-35 %	0-38 %
Femoral (debajo Nerv. Ilíaco)	0-5 %	0-30 %	0-34 %
Génitofemoral	0-5 %	0 %	0-5 %
Inferior glúteo	0 %	0-25 %	0-25 %
Fémoro-cutáneo	0-10 %	0 %	0-10 %
Nervio músc. Obturador interno	0 %	0-10 %	0-10 %
Nervio musc. Piriforme	0 %	0-10 %	0-10 %
Obturador	0 %	0-10 %	0-10 %
Post. cutáneo del muslo	0-5 %	0 %	0-5 %
Sup. glúteo	0 %	0-20 %	0-20 %
Ciático (encima hueco poplíteo)	0-25 %	0-75 %	0-81 %
Común Peroneo (Poplíteo lat. externo	0-5 %	0-35 %	0-38 %
Profundo (encima Tibia media)	0 %	0-25 %	0-25 %
Profundo (debajo Tibia media)	0 %	5 %	5 %
Superficial	0-5 %	0-10 %	0-14 %
Tibial (Poplíteo medio o interno) por encima de Rodilla.	0-15 %	0-35 %	0-45 %
Tibial posterior (Pantorrilla media y Rodilla).	0-15 %	0-25 %	0-33 %
Por debajo de la Pantorrilla Media	0-15 %	0-15 %	0-28 %
Rama plantar lateral	0-5 %	0-5 %	0-10 %
Rama plantar media	0-5 %	0-5 %	0-10 %
Crural (safeno externo).	0-5 %	0 %	0-5 %

La incapacidad global se obtiene combinando todas las incapacidades de la extremidad en cuestión.

CONVERSION DE LA INCAPACIDAD DE LA EXTREMIDAD INFERIOR UNILATERAL EN INCAPACIDAD GLOBAL

In. extr. inf.	Inc. global	Inc. extr. inf.	Inc. global	Inc. extr. inf.	Ic. global
1 %	0 %	34 %	14 %	67 %	27 %
2 %	1 %	35 %	14 %	68 %	27 %
3 %	1 %	36 %	14 %	69 %	28 %
4 %	2 %	37 %	15 %	70 %	28 %
5 %	2 %	38 %	15 %	71 %	28 %
6 %	2 %	39 %	16 %	72 %	29 %
7 %	3 %	40 %	16 %	73 %	29 %
8 %	3 %	41 %	16 %	74 %	30 %
9 %	4 %	42 %	17 %	75 %	30 %
10 %	4 %	43 %	17 %	76 %	30 %
11 %	4 %	44 %	18 %	77 %	31 %
12 %	5 %	45 %	18 %	78 %	31 %
13 %	5 %	46 %	18 %	79 %	32 %
14 %	6 %	47 %	19 %	80 %	32 %
15 %	6 %	48 %	19 %	81 %	32 %
16 %	6 %	49 %	20 %	82 %	33 %
17 %	7 %	50 %	20 %	83 %	33 %
18 %	7 %	51 %	20 %	84 %	34 %
19 %	8 %	52 %	21%	85 %	34 %
20%	8%	53%	21%	86%	34%
21%	8%	54%	22%	87%	35%
22%	9%	55%	22%	88%	35%
23%	9%	56%	22%	89%	36%
24%	10%	57%	23%	90%	36%
25%	10%	58%	23%	91%	36%
26%	10%	59%	24%	92%	37%
27%	11%	60%	24%	93%	37%
28%	11%	61%	24%	94%	38%
29%	12%	62%	25%	95%	38%
30%	12%	63%	25%	96%	38%
31%	12%	64%	26%	97%	39%
32%	13%	65%	26%	98%	39%
33%	13%	66%	26%	99%	40%
				100%	40%

RESPIRATORIO

Las afecciones del aparato respiratorio de importancia médico-laboral son aquellas de curso crónico y/o recidivante en las cuales se hayan agotado los distintos recursos terapéuticos y que limitan la realización de las tareas de la vida cotidiana.

No necesariamente la manifestación subjetiva y el hallazgo de algunos signos en el examen físico determinan una incapacidad.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general específico: gases en sangre, bacilos copia, etc.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC., Eco, Centellografía.

Pruebas funcionales: espirometría.

Endoscopías y biopsias.

Electrocardiograma.

Valores normales

Gases en sangre:	normal	insuf. resp. cron.
pO2	97 mmHg.	menor de 60 mmHg.
pCO2	40 mmHg.	mayor de 50 mmHg.
pH	7,4	7,4 más/menos 0,1

Frecuencia respiratoria

normal 16x'

Espirometría:

VEF (Volumen espiratorio forzado en 1 segundo)	70-85 %	
CVF (Capacidad vital forzada)	80-120 %	del teórico normal

Entre los síntomas cabe destacar la importancia de la disnea y la determinación del grado de la misma (al esfuerzo importante, esfuerzo leve, en reposo).

Es de hacer notar que de los métodos complementarios de estudio, algunos están orientados al diagnóstico de la afección (por ej.: diagnóstico por imágenes y biopsia) y otros a la determinación de la incapacidad funcional que las patologías originan (espirometría, gases en sangre).

Los estudios que miden la función sólo tendrán valor si fueron efectuados fuera del período agudo o de reciente reactivación del proceso crónico.

Alteraciones	CV	VR	VEF 1/CVF	VEF 1
Asma	N o dism.	N o aum.	Dism.	Dism.
Bronq. cr.	N o dism.	N o dism.	Dism.	Dism.
Enfisema	N o dism.	Aum.	Dism.	Dism.
Restrictiva (Pulmonar y/o extra-pulmonar)	Dism.	Dism.	N	N o dism.

TABLA DE VALORACION PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

ESTADIO 1 (Sin incapacidad)

Clínica: ex. respiratorio normal. Ausencia de disnea durante el trabajo.

Radiología: sin lesiones en actividad.

Espirometría: VEF y CV valores mayores de 80 %.

Oxigenometría: innecesaria.

ESTADIO II (Incapacidad de hasta 33 %)

Clínica: disnea a grandes esfuerzos.

Radiología: acentuación de la trama bronquial o lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha.

Espirometría: VEF y CV valores del 65 al 80 %.

Oxigenometría: innecesaria.

ESTADIO III (Incapacidad del 33 al 66 %)

Clínica: disnea a medianos esfuerzos, tos, expectoración.

Radiología: acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y aplanamiento diafragmático, lesiones de uno o ambos pulmones sin exceder el volumen equivalente a toda la playa pulmonar derecha.

Espirometría: VEF y CV valores del 55 al 65 %.

Oxigenometría: saturación mayor del 85 %.

ESTADIO IV (Incapacidad mayor al 66 %)

Clínica: tórax en tonel. Disnea de mínimos esfuerzos y/o reposo, tiraje inspiratorio, tos, expectoración mucosa o mucopurulenta, compromiso del estado general (insuficiencia cardíaca congestiva con crecimiento AU.DER. y HVD y/o SOB. VENT. DERECHA).

Radiología: acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal, aplanamiento diafragmático, hiperclaridad, bullas, ensanchamiento de los espacios pre y retroesternal, lesión de uno o ambos pulmones que exceden la superficie de la playa pulmonar derecha o confluencia de nódulos con formación de opacidades masivas o pseudo-tumorales y/o enfisema severo, engrosamiento o calcificaciones pleurales, distorsión traqueal, desplazamientos de hilios asociados.

Espirometría: VEF y CV valor menor al 50 %.

Oxigenometría: saturación menor del 85 % (reiteradas).

Se agrupan en:

1. Obstructivas (ej.: asma bronquial)
2. Restrictivas (ej.: tumores, Tuberculosis)
3. Mixtas (ej.: enfisema crónico)

Afecciones evaluables:

E.B.P.O.C. (Enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica): Bronquitis crónica

Bronquitis espasmódica

Asma bronquial

Enfisema pulmonar

Neumoconiosis

Fibrosis pulmonar

Infecciosas: Inespecíficas crónicas

Específicas (T.B.C., micóticas)

No habituales, en el contexto del SIDA

Tumorales: Benignas

Malignas primitivas

secundarias

Otras: Bronquiectasias.

E.B.P.O.C.

Bronquitis crónica

Bronquitis espasmódica

Asma bronquial

Enfisema pulmonar

La incapacidad determinada puede surgir exclusivamente a partir del compromiso orgánico o funcional o de la combinación de ambos.

La repercusión orgánica será considerada:

Leve: cuando existan escasos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial).

Moderada: cuando la obstrucción bronquial ha causado discretos signos físicos y radiológicos (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización costal y diafragmática).

Severa: cuando la obstrucción bronquial ha causado signos físicos marcados (tórax en tonel o enfisematoso, con la semiología correspondiente) y signos radiológicos también marcados (acentuación de la trama bronquial, hilios congestivos, horizontalización de costillas y diafragma, hiperclaridad pulmonar, bullas, ensanchamiento de los espacios intercostales, retroesternal y retrocardíaco).

La repercusión funcional será catalogada como:

Leve: cuando los valores de la espirometría oscilan entre 65 y 80 %.

Moderada: cuando los valores de la espirometría oscilan entre 50 y 65 %.

Severa: cuando los valores hallados en la espirometría son inferiores al 50 %.

En el caso particular de la obstrucción de bronquio fino, que representa la pequeña vía aérea, caracterizado en el estudio espirométrico por la reducción del FMEF 25-75 (Flujo medio espiratorio forzado), no se considerará invalidante, aun con cifras menores al 50 %, pues no tiene gran significación clínica.

Bronquitis crónica:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

Bronquitis espasmódica:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

Asma bronquial:

Leve	0-10 %
Moderado	10-40 %
Severo	hasta 70 %

Enfisema pulmonar:

Leve	0-10 %
Moderado	10-40 %
Severo	hasta 70 %

NEUMOCONIOSIS:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

La repercusión orgánica se considerará:

Leve: cuando ha dado origen a escasos síntomas funcionales y signos físicos (los que pueden estar ausentes) y a escasas manifestaciones radiológicas: opacidades puntiformes que velan uniformemente las playas pulmonares.

Moderada: cuando las manifestaciones clínicas son discretas: disnea de esfuerzo, tos, expectoración, dolores torácicos, signos físicos de broncoenfisema, y el examen radiológico demuestra imágenes micronodulares o nodulares que, por lo general, respetan el vértice pulmonar.

Severa: cuando los síntomas son importantes: disnea de pequeño esfuerzo o de reposo, tos intensa con expectoración mucosa o mucoporulenta y compromiso del estado general. Al examen radiológico: confluencia de nódulos con formación, en las etapas avanzadas, de opacidades masivas o pseudotumorales e instalación de imágenes asociadas: enfisema pulmonar severo, generalizado o bulloso, engrosamientos pleurales (en la asbestosis pulmonar la calcificación pleural uni o bilateral es frecuente y la fibrosis es lineal y no nodular), y distorsión de la tráquea, desplazamiento de los hilios y del corazón, deformaciones diafragmáticas, etcétera.

La repercusión funcional será catalogada como en el punto anterior. En todos los casos deberá cambiar sus tareas laborales.

FIBROSIS PULMONAR:

Leve	0-10 %
Moderada	10-40 %
Severa	hasta 70 %

Se evaluará por radiografía, examen funcional y grado de disnea.

La incapacidad funcional se evaluará de acuerdo a lo expresado en el punto de la Bronquitis crónica.

La disnea se evalúa según tabla:

Grado 1 es la habitual en el desarollo de sus tareas laborales.

Grado 2 leve: a grandes esfuerzos.

Grado 3 moderada: a medianos y leves esfuerzos.

Grado 4 grave: a mínimos esfuerzos y en reposo.

INFECCIOSAS:

Inespecíficas: se evaluarán sus secuelas orgánicas y funcionales.

Específicas: Tuberculosis pleuro-pulmonar.

a) En actividad: en tratamiento no es invalidante (aún no se han agotado todo los recursos médicos).

En caso de recaída o recidiva se evaluará de acuerdo a la respuesta terapéutica y a las secuelas, una vez agotados todos los recursos medicamentosos, quirúrgicos y de rehabilitación.

b) Secuelar:	Leve	0-10 %
	Moderada	10-40 %
	Severa	hasta 70 %

Se considerará la repercusión orgánica:

Leve: cuando la suma de las lesiones de uno o ambos pulmones no exceda el volumen de pulmón equivalente al tercio superior de la playa pulmonar derecha.

Moderada: cuando la suma no exceda el volumen del pulmón equivalente a la playa pulmonar derecha.

Severa: cuando las lesiones excedan el volumen del pulmón equivalente a la playa pulmonar derecha.

Micosis: se evaluarán una vez concluido el tratamiento acorde a sus secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta el criterio antedicho.

Las neumopatías a agentes oportunistas (Pneumocystis Carinii, Candida, Mycobacterias, Criptococos, etc.) en el contexto del SIDA. 70 %

TUMORALES: (Broncopulmonar-pleural-mediastinal)

Benignos: de acuerdo a las secuelas post-tratamientos.

Malignos primitivos: se evaluará si es operable o inoperable. Determinada su operabilidad, de acuerdo a las secuelas anatómicas y funcionales. Se tendrá en cuenta la clasificación de estadio según TNM. Ver sección Oncología.

Inextirpables y/o recidivados y/o con metástasis locales, regionales y/o a distancia 70 %

Si la anatomía patológica muestra un tumor a células pequeñas, dado su mal pronóstico: 70 %

Mesoteliomas malignos de pleura: 70 %

Los tumores mediastinales se evaluarán de acuerdo al órgano que le da origen, a su extirpabilidad o no y a su posibilidad de tratamiento poliquimioterápico y/o radioterápico.

Malignos secundarios: 70 %

Otras:

Bronquiectasias:

Congénitas

Adquiridas

Se evaluarán de acuerdo a su repercusión orgánica y su limitación funcional.

CARDIOVASCULAR

Se evaluarán las incapacidades originadas por diferentes afecciones cardíacas, la hipertensión arterial y las vasculopatías periféricas.

Se tendrán en cuenta las medidas terapéuticas que han sido implementadas hasta la fecha del examen y si las mismas fueron cumplidas.

Se esperarán los períodos habituales de rehabilitación antes de proceder a determinar incapacidad.

Los estudios aportados serán aceptados como prueba, previa comprobación de la real pertenencia al solicitante, la oportunidad de su realización y la calidad de los mismos.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio: general

específico: CPK, TGO, TGP, LDH, Dosaje de Catecolaminas, Serología para Chagas.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco., Cámara gamma.

Electrofisiológicos: ECG., PEG., Holter, Presurometría.

Hemodinámicos.

Otros: Fondo de Ojo, Función renal.

En la anamnesis se pondrá especial énfasis en la determinación del grado de disnea como manifestación de incapacidad funcional cardiovascular.

La disnea se evalúa según:

Grado I: la habitual en el desarrollo de las tareas laborales.

Grado II: a grandes esfuerzos.

Grado III: a medianos y leves esfuerzos.

Grado IV: a mínimos esfuerzos y en reposo.

Se discriminará la posible concurrencia respiratoria como causa de disnea.

Valores normales

Ecocardiograma: Grosor Aurículas 2mm.
Pared Vent. der.: 3-4 mm.
Pared Vent. izq.: 8-9 mm.

Cavidad: Auric. izq.: 1-4 cm.
Vent. der.: 0,4-2,6 cm.
Vent. izq.: 3,5-5,7 cm.

Tabique: 0,7-1,1 cm.

Indice cardíaco: 3,4 +/- 0,5 l/min./m².

PEG. (Prueba Ergométrica graduada): se evalúa ritmo, cambios en la tensión arterial de acuerdo al esfuerzo (hipotensión o hipertensión), auscultación de ruidos patológicos, la aparición de síntomas (dolor, disnea) y cambios electrocardiográficos en el registro de base (por ej.: alteraciones isquémicas del ST, arritmias).

Cateterismo: Presiones (en milímetros de Mercurio)

	Sistólicas	Diastólicas
Au. der.	5 mmHg.	0-1 mmHg.
Vent. der.	25 mmHg.	0-1 mmHg.
Art. pulm.	25 mmHg.	9 mmHg.
Pres. de encl.	10 mmHg.	5 mmHg.
Au. izq.	4 mmHg.	0 mmHg.
Vent. izq.	120 mmHg.	2-6 mmHg.
Aorta	120 mmHg.	65 mmHg.

Fracción de eyección: 65 %

Afecciones evaluables:

Cardiopatía coronaria

Miocardiopatías y Enfermedad de Chagas

Valvulopatías

Arritmias

Pericardiopatías y Tumores

Cardiopatía congénita

Hipertensión Arterial

Arteriopatías aórticas

Vasculopatías periféricas: arteriopatías
flebopatías

CARDIOPATIA CORONARIA

La secuencia habitual del estudio de un enfermo coronario para su evaluación es:

1. — Anamnesis (angor, antecedentes de IAM., estudios y tratamientos efectuados).

2. — Examen clínico

3. — Métodos complementarios:

Se sugiere la secuencia siguiente:

a) Electrocardiograma

b) Prueba ergométrica graduada:

Se entiende por Prueba Ergométrica Anormal lo siguiente:

1. — PEG positiva (+) para angor y ST

a. — Infradesnivel del ST: 2 mm o más.

b. — Supradesnivel del ST: 2 mm o más.

2. — Arritmias cardíacas severas

a. — Por extrasístoles ventriculares polifocales.

b. — Colgajos de taquicardia supraventricular paroxística.

c. — Extrasístoles ventriculares apareadas.

d. — Fenómeno R/T.

e. — Colgajos de taquicardia ventricular.

f. — Bloqueo A-V completo y de 2º grado (Tipo Wenkebach)

3. — Signos de insuficiencia cardíaca con 3º o 4º ruido (en PEG efectuada por institución reconocida).

4. — Bloqueo completo de rama izquierda taquicárdico de pendiente.

(El bloqueo completo de rama derecha taquicárdico dependiente no tiene valor patológico).

5. — Isquemias intra esfuerzo (Onda T negativa en cualquier área).

c) Holter.

d) Estudios con cámara gamma. Estudio de la perfusión miocárdica con radiosótopo (Talio y/o Tecnesio) en reposo y/o esfuerzo.

e) Eco-doppler modo M o Bidimensional.

f) Cinecoronariografía.

CARDIOPATIA CORONARIA

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAM. COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) PRECORDIALGIA+ECG NORMAL SIN OTRA PRUEBA POSITIVA	NO AFEC. CARD. DEMOSTRABLE	0 %
2) PRECORDIALGIA+ECG S/ALT. SIGNIF. (T APLANADA. ST RECTIFIC. BIRD. BLOQUEO AV. 1 GRADO). SIN OTRA PRUEBA POSITIVA.	NO AFEC. CARD. DEMOSTRABLE	0-10 %
1) y 2) NO DEBERIAN DICTAMINARSE SIN PEG. Y/O TALIO.		
3) PRECORDIALGIAS+ECG/:BIRD+ HAizq. O BLOQUEO AV. 1º GRADO+ 1 DE LOS ANTERIORES.	PEG. NORMAL CARD. MINIMA	10-20 %
	PEG. ANORMAL CARD. ISQ. SEVERA	70 %
4) ANGOR+ECG. PATOLOGICO OSTENSIBLE O PEG. ANORMAL	CARD. CORONARIA SEVERA.	70 %
5) IAM BASAL (VA A PEG)	PEG NORMAL CARDIOP. CORON. S/REP. HEMODINAMICA ACTUAL.	20-30 %
	PEG ANORMAL CARDIOP. CORON. SEVERA	70 %
6) IAM BASAL C/ISQUEMIA RESIDUAL FRANCA	CARD. CORONARIA SEVERA.	70 %
7) IAM BASAL+HIPERT. ARTERIAL+ECG. C/HIPERTR. Y SOBRECARGA VENT. IZQ.	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	70 %
8) IAM BASAL+LATERAL (CON ISQ. PERSISTENTE)	CARDIOPATIA CORONARIA SEVERA.	70 %
9) IAM ANT. (ANT. LAT. Y/O IAM ANT. SEPTAL Y/O IAM ANT. EXTEN.)	CARDIOPATIA CORONARIA SEVERA.	70 %
10) IAM DE OTRAS AREAS SIN IMAGEN ELECTROC. DE ISQ. Y/O NECROSIS	PEG NORMAL CARDIOPATIA CORONARIA MODERADA	25-40 %
	PEG ANORMAL CARDIOPATIA CORONARIA SEVERA	70 %

11) CARDIOPATIA CORONARIA:

1) Tratamiento de la afección mediante angioplastia transluminal (ATL)

2) Tratamiento quirúrgico de la afección obstructiva

3) Valoración de la afección coronaria mediante cine coronariografía

1) ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DE LA:

A) -ART. DES. ANTERIOR Y/O COR. DER. Y/O CX Y/O DIAG.	CARDIOPATIA CORONARIA C/MODERADA REP. ORGANICA Y/O HEMODINAMICA	
EXITOSA (C/CONTROL ECG. Y/O PEG. Y/O ESTUDIO RADIOISOTOPICO (-)		30 %
B) - ART. DES ANTERIOR Y/O CORD. DER. Y/O CX. Y/O DIAG. NO EXITOSA (CON CONTROL) ECG. Y/O PEG. Y/O ESTUDIO RADIOISOTOPICO (POSITIVO)	CARDIOPATIA CORONARIA CON SEVERA REP. ORGANICA Y/O HEMOD.	70 %

En caso de presentar obstrucción coronaria de más de un vaso con ATL exitosa para uno solo de ellos y permanencia de la o las otras obstrucciones decidirá el trazado electrocardiográfico, la PEG., y/o estudio radioisotópico:

No patológico	30-40 %
Patológico	70 %

2) TRATAMIENTO QUIRURGICO:

a) Cualquiera sea la cantidad de lesiones obstructivas previas y puentes efectuados, se realizará electrocardiograma y estudio radioisotópico actualizado para evaluar riesgo isquémico, función ventricular, circulación colateral, etc.

Si no existiera riesgo isquémico y la función ventricular se encontrara dentro de límites normales:

CARDIOPATIA CORONARIA C/MOD. REP. ORG. Y/O HEMOD. 30 %

b) Cualquiera sea la cantidad de lesiones previas y puentes coronarios efectuados, si evidencia amplias secuelas electrocardiográficas con signos de isquemia y/o con demás estudios francamente patológicos:

CARDIOPATIA CORONARIA C/SEVERA REP. ORG. Y HEMOD. 70 %

3) CINECORONARIOGRAFIA:

a) Lesión de uno o más vasos, con ECG y con estudio radioisotópico negativo para isquemia, con buena función ventricular:

CARDIOPATIA CORONARIA C/MOD. REP. ORGANICA 20-35 %

b) Lesión moderada a severa de uno o más vasos, con ECG con secuelas significativas y signos de isquemia actual o evaluación radioisotópica patológica:

CARDIOPATIA CORONARIA CON SEVERA REPERCUSION ORGANICA 70 %

OBSERVACIONES Y CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

En todos los casos se deberá tener en cuenta el tipo de tareas realizadas por el actor, ya sean administrativas sedentarias o que requieran moderados a severos esfuerzos psicofísicos, riesgo para terceros y la edad.

Con respecto al tratamiento con angioplastia transluminal será evaluado el solicitante de jubilación por invalidez luego de un año de efectuada, teniendo prueba ergométrica graduada a los 3 y 6 meses. Es aconsejable también obtener estudio radioisotópico, que informe sobre el riesgo isquémico, función ventricular, etc.

Considerar si se ha logrado técnicamente la resolución de la totalidad de las obstrucciones.

En el caso de cirugía de revascularización miocárdica considerar antecedentes de arritmias severas, reiteradas internaciones, patologías concomitantes (diabetes), aneurismas, etc.

Recordar tener presente el diagnóstico psiquiátrico concomitante.

TABLA DE VALORACION PARA ENFERMEDADES CORONARIAS

Estadio I (Sin incapacidad):

Signos clínicos: precordialgia sin traducción clínica. Terapéutica innecesaria.

Estudios complementarios: electrocardiograma, y eventualmente otros estudios normales.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

Signos clínicos: angor esporádico, sólo con los esfuerzos intensos.

Estudios complementarios: electrocardiograma sin alteraciones significativas (T aplanada - ST rectificado - Bloqueo incompleto de rama derecha - Bloqueo AV de 1º grado aislado).

O, secuela de infarto agudo de miocardio basal con prueba ergométrica negativa.

O, angioplastia transluminal exitosa.

O, lesión de uno o más vasos coronarios, con electrocardiograma y estudios radioisotópicos negativos, con buena función ventricular.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66 %):

Signos clínicos: angor con esfuerzos moderados.

Estudios complementarios: secuela de infarto agudo de miocardio (excluyendo basal), anterior, anteroseptal, y anterolateral con prueba ergométrica negativa.

Bloqueo incompleto de rama derecha con hemibloqueo anterior izquierdo y prueba ergométrica negativa.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %):

Signos clínicos: angor típico de pequeños esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca.

Necesidad de tratamiento continuo.

Estudios complementarios: cualquiera de los mencionados con prueba ergométrica positiva.

Electrocardiograma con secuela o isquemia anterolateral. Electrocardiograma con secuela de infarto agudo de miocardio basal con isquemia residual franca.

Electrocardiograma con secuela de infarto agudo de miocardio basal y lateral.

Coronariografía que demuestra lesión significativa de uno o más vasos con isquemia actual y/o estudio radioisotópico patológico.

Angioplastia transluminal no exitosa (demostrada por electrocardiograma, y/o prueba ergométrica graduada, y/o estudio radioisotópico patológico.

Cirugía de revascularización con secuelas electrocardiográficas de isquemia.

MIOCARDIOPATIAS.

Las enfermedades del miocardio que se consideran, son aquellas de curso crónico, debiéndose dar a las mismas el tratamiento particular que requieren, de acuerdo a su repercusión hemodinámica, etiología, pronóstico, etc.

En este capítulo cobran especial importancia los estudios electrofisiológicos, la ecografía bidimensional o modo B y el estudio radiocardiográfico, los que aceptarán como prueba en casos de ser fehacientes y de reconocida calidad.

De no existir dichos exámenes complementarios, nos limitaremos a efectuar diagnóstico de cardiopatía con o sin repercusión hemodinámica, según si observamos presencia o ausencia de hipertrofia ventricular izquierda o derecha, con severa sobrecarga ventricular izquierda y/o trastornos severos de conducción (Bloqueo completo de rama izquierda, o bloqueos aurículo ventriculares de II grado).

En los casos en que se aportara cateterismo se considerará grave o incapacitante los siguientes resultados:

Diámetro Vent. izquierdo al final de diástole mayor	70 mm.
Indice cardíaco menor	2.30L/min./m²
Ventrículo izquierdo a fin de sístole mayor	150 ml.
Sodio sérico menor a	130 mEq/l.
Presión de aurícula derecha mayor	10 mmHg.
Presión de enclavamiento capilar pulmonar mayor de	25 mmHg.

Queda excluida la Miocardiopatía Chagásica, que será tratada en párrafo aparte.

1) MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA

a) NO OBSTRUCTIVA 10-20 %

b) OBSTRUCTIVA

RX: relación cardiotorácica significativamente alterada.

Eco: severa dilatación de todas las cavidades

Hipoquinesia generalizada 70 %

La miocardiopatía hipertrófica primaria asimétrica, cuando no ha alcanzado la etapa de falla hemodinámica (por ej.: hallazgo casual en ecografía) no es incapacitante por sí misma.

En un joven, con cuadros sincopales frecuentes y arritmias 70 %

2) MIOCARDIOPATIA NO DILATADA 20 %

3) MIOCARDIOPATIA DILATADA

Rx: relación cardiotorácica significativamente alterada.

Ecocardiograma: severa dilatación de todas las cavidades, hipoquinesia generalizada.

Fracción de acortamiento menor del 20 %

Radiocardiograma: fracción de eyección menor del 30 % 70 %

En la actualidad consideramos el transplante cardíaco como una entidad con jerarquía invalidante. La evaluación médica de los resultados de esta modalidad de tratamiento determinará, en un futuro, la posibilidad y oportunidad de un reinicio laboral.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Ante el diagnóstico presuntivo de Enfermedad de Chagas en la evaluación médica se sugiere considerar los siguientes estudios y su respectiva valoración.

1. — Serología para Chagas específica (inmunofluorescencia)

2. — Electrocardiograma

3. — Radiografía de Tórax

4. — Holter

5. — Prueba Ergométrica Graduada.

6. — Ecografía y/o Cámara gamma

7. — Estudio hemodinámico

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAMENES COMPL.		DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) SEROLOGIA (+) -ECG NORMAL-		INFESTACION CHAGASICA.	0 -5 %
2) SEROLOGIA (+) CON TRASTORNOS DE CONDUCCION (BIRD-HA. IZQ o BCRD + HBIA ó BAV 1º grado)	PEG NORMAL	ENF. DE CHAGAS S/REP. HEMOD.	10-20 %
VA A PEG.	PEG ANORMAL	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
3) SEROLOGIA (+) RX. CARDIOMEG. ECG. TRAST. COND. SIGNIF.		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
4) SEROL. (+) ECG ISQUMECIO FRANCO (CON O SIN TRAST. COND.)		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
5) SEROL. (+) TRAST. DE COND. + HIP. ART. LEVE	PEG NORMAL	ENF. DE CHAGAS+ HIPERT. ART. S/REP. HEMODIN.	10-20 %
	PEG NORMAL	MIOCARDIOP. CHAGASICA	70 %

6) SEROL. (+) TRAST. DE CONDUCC. HIP. ART. CON CLINICA FRANCA		MIOCARDIOP. CHAGASICA HIP. ART.	70 %
7) SEROL. (+) ARRIT. VENTRIC. AISLADA	PEG NORMAL	ENERMEDAD DE CHAGAS S/REP. HEMODINAMICA	10-20 %
	PEG ANORMAL	MIOCARDIOP. CHAGASICA	70 %
8) SEROL. (+) ARRITMIA POLIFOC.		MIOCARDIOPATIA-CHAGASICA	70 %
9) SEROL. (+) BAU 1º GRADO + HBAI +BCRD.		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
10) SEROL. (+) BRADICARDIA EXTREMA + HBAI +BCRD.		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
11) SEROL. (+) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
12) SEROL. (+) MICROVOLTAJES GENERALIZADOS EN EL ECG	PEG NORMAL	ENF. DE CHAGAS S/REP. HEMODIN.	10-30 %
	PEG ANORMAL	MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %
13) SEROL. (+) ANEURISMA DE PUNTA (ECO HEMODINAMIA)		MIOCARDIOPATIA CHAGASICA	70 %

VALVULOPATIAS

Las enfermedades valvulares tienen grados de severidad lesional que suelen ser concordantes con los cuadros clínicos de la patología padecida. Toda alteración audible de los ruidos y silencios cardíacos exige una evaluación complementaria (radiografías, electrocardiogramas, ecocardiografía, fonocardiografía, gammagrafía, etc.) que permita ubicar el tipo y grado de alteración valvular.

Se tendrá en cuenta que:

a) La estimación clínica del grado de compromiso valvular y su repercusión funcional pueden variar a partir de los estudios complementarios efectuados.

b) La clasificación correcta en leves, moderadas y severas, se basa en los estudios hemodinámicos aportados o que debería agregar el portador de una cardiopatía valvular.

c) Las valvulopatías leves, en general si no se asocian a tareas pesadas a edad avanzada, no son incapacitantes.

d) Peticionantes portadores de prótesis valvular son incapacitados de acuerdo al tipo de prótesis, si reciben o no anticoagulación y al grado de repercusión hemodinámica. Aquellos que se han sometido a cirugía valvular reparadora, tipo comisuro-tomía, deberán ser evaluados en su estado hemodinámico en la actualidad.

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAMENES COMPL.		DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) SOPLO+ECG. NORMAL+RX. NORMAL ECO NORMAL		SIN CARDIOPATIA VALV. DEMOSTRABLE.	0 %
2) SOPLO+ECG. CON LEVES. TRAST. REPOLAR. + RX NORMAL	ECO NORMAL	SIN CARDIOP. VALV. DEMOST.	0-10 %
	ECO/C VALV. LEVE	VALV. C/LEVE REP. ORG. SIN REP. HEMOD.	5-10 %
3) SOPLO+ECG CON LEVES TRAST. REPOL.+RX. DISCR. ANORMAL (ECIDE ECO Y CLINICA) SIN SIGNOS DE INSUF. CARDIACA		VALVULOPATIA C/ LEVE O MOD. REP. ORG.	10-20 %
4) SOPLO+ECG CON TRAST. REPOLAR Y/O ARRITMIAS SEVERAS+RX. ANORMAL Y/O CLINICA FRANCA.		VALVULOPATIA SEV. REP. HEM.	70 %
5) SOPLO+ECG PATOL. Y/O RX.PATOL. Y/O ECO PATOLOGICO.		VALVULOPATIA C/. SEV. REP. HEM.	70 %
6) REEMPLAZO VALVULAR CON LEVE A MOD. REP. HEMODINAMICA FRACCION DE EYECCION + 30 %		VALV. C/REEMP. VALVULAR CON LEVE A MOD. REP. HEMOD.	20-35 %
7) REEMPLAZO VALV. CON REP. HEMOD. ACTUAL FRACCION DE EYECCION - 30 %		VALV. SEV. C/. REEMPL. VALV.	70 %
8) COMISUROTOMIA MITRAL+EXAM. COMPL. NO SIGNIF.		VALV. MITRAL CORREGIDA.	10-20 %
9) COMISUROTOMIA MITRAL+EXAM. COMPL. SIGNIF. PATOLOGICOS		VALV. MITRAL SEVERA.	70 %

ARRITMIAS

Las arritmias, descartado su origen a partir de substancias químicas (por ej.: cafeína, teofilina, digital), trastornos hidroelectrolíticos, endócrino (por ej.: tiroideo) y/o psicológico, deben ser evaluadas fundamentalmente por estudio de Holter.

Las arritmias recurrentes no controlables terapéuticamente y/o acompañadas de cuadros sincopales pueden llegar a producir una incapacidad permanente, aún sin evidenciar signos de repercusión orgánica y/o funcional al momento del examen. En estos casos es importante el aporte de elementos fehacientes (Historia Clínica y estudios complementarios) que certifiquen dichos episodios.

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPL.		DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) TAQUICARDIA SUPRAVENT. PAROX. SIN FALLA HEMODINAMICA		SIN CARDIOPATIA EVOLUTIVA DEMOSTRABLE	0 %
2) FIBRILACION AURICULAR DE ALTA O BAJA RESP.		ARRITMIA CARD. SEVERA	70 %
3) ECTOPIAS VENTRICULARES MONOFOCALES LIGAD. LARGA, DENSIDAD < 30/1000		SIN CARDIOPATIA EVOLUTIVA DEMOST.	0 %
4) ECTOPIAS VENTR. MONOFOC., LIGAD. LARGA, DENSIDAD > 30/1000 POR HOLTER O FREC. EN ECG.			
	PEG. NORMAL	SIN CARDIOP. EVOL. DEMOST.	0 %
	PEG. ANORMAL	ARRITMIA SEVERA	70 %
5) ECTOPIAS POLIFOCALES		ARRITMIA SEVERA	70 %
6) TAQUICARDIA VENTRICULAR		ARRITMIA SEVERA	70 %
7) ECTOPIAS VENTRIC. PRECOZ (R/T)		ARRITMIA SEVERA	70 %
8) PARASISTOLIA		ARRITMIA SEVERA	70 %
9) ECTOPIAS BI-TRIGEM. MONOFOCALES			
	PEG NORMAL	SIN CARD. EVOL. DEMOST.	0 %
	PEG ANORMAL	ARRITMIA SEVERA	70 %

Trastornos de conducción

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPL.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) LOWN-GANONG -LEVINE	SIND. DE PREEXCIT. S/ARRIT. DEMOST.	0-10 %
2) WOLFF PARKINSON WHITE SIN FALLA HEMOD., S/OTRA PRUEBA POSITIVA	SIND. DE PREEXCIT. SIN ARRITMIA DEMOST.	0-10 %
3) WOLFF PARKINSON WHITE SIN FALLA HEMOD. Y CON ARRITMIA SEVERA (HOLTER)	SIND. DE PREEXCIT. C/ARRIT. SEVERA	70 %
4) WOLFF PARKINSON WHITE CON ARRITMIA I/II LOWN	SIND. DE PREEXCIT. C/ARRIT. LEVE A MOD.	10-30 %

Arritmia I de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes.

Arritmia II de LOWN: extrasístoles ventriculares monofocales aisladas o frecuentes con extrasístoles supraventriculares con o sin conducción aberrante.

5) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL S/MARCAPASOS DEFINITIVO	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL	70 %
6) ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL C/MARCAPASO DEFINITIVO	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL C/MPD	20-35 %
7) BLOQUEO AV DE 1º GRADO+ BCRD+HBAI	MIOCARDIOPATIA C/SEVEROS TRAST. DE LA CONDUCCION	70 %
8) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA CON ANTECEDENTE DEMOSTRABLE DE CARD. ISQUEM.	MIOCARDIOPATIA C/SEVEROS TRAST. DE LA CONDUCCION	70 %
9) BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA S/ANTEC. DEMOST. CARDIOPATIA ISQUEMICA	MIOCARDIOPATIA MODERADA	25-35 %
10) BLOQUEO AV. DE 1º GRADO SIN CLINICA	TRASTORNOS LEVES DE CONDUCCION	0-5 %
11) BLOQUEO AV. DE 2º GRADO TIPO WENCKEBACH O MOBITZ I	MIOCARDIOPATIA C/MOD. A SEV. TRAST. CONDUC.	30-70 %
12) BLOQUEO AV DE 2º GRADO TIPO MOBITZ II O BLOQUEO AV COMPLETO	MIOCARDIOPATIA CON SEVEROS TRASTO. CONDUC.	70 %
13) BLOQUEO COMPLETO DE R. DER. +HBAI - RX. NORMAL		
PEG NORMAL	MIOCARD. S/REP. FUNCIONAL	10-20 %
PEG. ANORMAL	MIOCARDIOPATIA CON REPERC. FUNCIONAL	70 %

MARCAPASOS

En los individuos que son portadores de marcapasos, debe evaluarse la patología que dio origen a su colocación, es decir: 1) si se debió solo a trastornos del ritmo o 2) si existía una miocardiopatía previa.

En el primer caso, la colocación del marcapaso se considera que ha solucionado el problema y por lo tanto, posee un grado menor de incapacidad. La única situación en que tal circunstancia determinaría incapacidad sería si realizara tareas donde se emplearan microondas o trabajos con riesgo propio o para terceros.

En el segundo caso, están siempre incapacitados. Considerar con detenimiento las tareas denunciadas.

MARCAPASOS

1) CON EXISTENCIA DE MIOCARDIOPATIA PREVIA	MIOCARDIOPATIA SEVERA CON MARCAPASO DEFINITIVO	70 %
2) CON ANTEC. DE ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL	ENFERMEDAD DEL NODULO SINUSAL C/MARCAPASO DEF. S/REP. HEMODINAMICA	20-35 %
3) SIN ANTEC. DE ENFERMEDAD MIOCARDICA PREVIA	ENFERMEDAD DEL SISTEMA DE CONDUCCION C/MARCAPASO DEFINITIVO S/REP. HEMODINAMICA ACTUAL	20-35 %

PERICARDIOPATIAS CRONICAS

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) PERICARDITIS CRONICA CONSTRICTIVA	PERIC. CRONICA C/.REPERC. HEM.	70 %
2) PERICARDITIS CRONICA OPERADA	PERIC. CRONICA CORREGIDA S/ REPERC. HEM.	5-10 %
3) PERICARDITIS CRONICA SIMPLE	PERIC. CRONICA S/REPERC. HEMOD.	5-10 %

TUMORES

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) MIXOMA DE AURICULA (ECO Y/O CINEANGIO) NO OPERADO	MIXOMA DE AURICULA	70 % (transitoria)
2) MIXOMA DE AURICULA OPERADO S/REP. HEMODINAMICA	MIXOMA DE AURICULA OPERADO SIN REPER. HEM.	20 %
3) MIXOMA DE AURICULA OPERADO CON REP. HEMODINAMICA O SECUELAS QUIRURGICAS	MIXOMA DE AURICULA OPERADO CON REP. HEMOD.	70 %

CARDIOPATIAS CONGENITAS EN EL ADULTO

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1. — C.I.A.		
a) - CON CIRUGIA	C.I.A. OPERADA SIN REPERC. HEMODINAMICA	5-20 %
b) - SIN CIRUGIA	C.I.A. CON REPERC. HEMODINAMICA LEVE A MODERADA	10-30 %
c) - CON O SIN CIRUGIA	C.I.A. CON SEVERA REPERC. HEMODINAMICA	70 %
2. — C.I.V.		
a) - CON CIRUGIA	C.I.V. OPERADA SIN REPERC. HEMODINAMICA	5-20 %
b) - SIN CIRUGIA	C.I.V. CON REPERC. HEMODINAMICA LEVE A MODERADA	10-30 %
c) - CON O SIN CIRUGIA	C.I.V. CON SEVERA REPERC. HEMODINAMICA	70 %

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
3. — TETRALOGIA DE FALLOT		70 %
4. — PUENTE MUSCULAR		
a) QUE COMPROMETE LA IRRIGACION CORONARIA EN FORMA SEVERA		70 %
b) QUE COMPROMETE LA IRRIGACION CORONARIA EN FORMA LEVE A MOD.		20-35 %
5. — TODAS LAS PATOLOGIAS CONGENITAS SERAN EVALUADAS SEGUN LA REPERCUSION FUNCIONAL Y TAREAS LABORALES.		

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión es una patología frecuente, que no puede evaluarse sólamente por las cifras tensionales controladas en oportunidad de los peritajes médicos. Es necesario obtener información de los territorios que frecuentemente compromete. La repercusión hemodinámica será demostrada a través del examen clínico, de los exámenes complementarios, y de aquellos, fehacientes, que aporte el peticionante.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio

Diagnóstico por imágenes: Rx., Eco., Cámara gamma

Electrofisiológicos: Electrocardiograma, PEG., Presurometría.

Otros: Fondo de ojo, función renal.

CLINICA, ANTECEDENTES Y EXAMENES COMP.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) HIPERTENSION ARTERIAL, CLINICA (-) ECG. NORMAL RX NORMAL	HIP. ART. S/REP. ORG. O HEMOD.	0-5 %
2) HIPERT. ARTERIAL+ECG. C/PRED. VENTR. IZQ. S/SOBRECARGA + RX TORAX C/MOD. AUMENTO DEL AREA CARDIACA S/SIGNOS DE INSUF. CARD	HIP. ART. CON MOD. REP. ORG.	0-30 %
3) HIPERT. ART. + ECG. C/HVI FRANCA + CLINICA FRANCA (SIGNOS INSUF. CARD.)	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	70 %
4) HIPERT. ARTERIAL+ECG. C/HVI+RX. TORAX C/CARDIOMEGALIA O ECG.C/HVI+ SOBRECARGA.	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	70 %

TABLA DE VALORACIONES PARA HIPERTENSION ARTERIAL

Estadio I (Sin incapacidad):

Signos clínicos: tensión arterial por encima de límites fisiológicos.

Clínica negativa.

Estudios complementarios: radiografía y electrocardiograma dentro de límites normales.

Fondo de ojo: dentro de límites normales.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

Signos clínicos: hipertensión arterial controlada con terapéutica y dieta. Historia de ACV sin secuelas actuales.

Estudios complementarios: electrocardiograma, hipertrofia ventricular izquierda leve. Radiográficamente: aumento de la silueta cardíaca en ventrículo izquierdo.

Fondo de ojo: retinopatía grado I-II.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66 %):

Signos clínicos: hipertensión arterial moderada que requiere tratamiento intensivo. Historia de ACV con secuela leve.

Signos incipientes de insuficiencia cardíaca.

Estudios complementarios: electrocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda moderada.

Radiográficamente: aumento de ventrículo moderado.

Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II-III.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %):

Signos clínicos: hipertensión arterial severa.

Clínica franca.

Soplo sistólico.

Signos de insuficiencia cardíaca. Valorar lesiones cerebro vasculares, renales y oftalmológicas.

Estudios complementarios: electrocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda, franca sobrecarga.

Radiográficamente: cardiomegalia.

Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva severa, grado IV

AORTOPATIAS

a) AORTA TORACICA

b) AORTA ABDOMINAL

CLINICA, ANTEC. Y EXAM. COMPLEM.	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1) ANEURISMA DE AORTA DISECANTE TORACICA OPERADO O NO		70 %
2) ANEURISMA ASINTOMATICO (AORTA ASCENDENTE, CAYADO Y/O DESCEND.)	ANEURISMA DE AORTA S/REP.HEM	20-30 %
En la evaluación se considerarán las tareas laborales.		
3) ANEURISMA SINTOMATICO AORTA ASC. Y/O CAYADO Y/O DESC. C/ REP. HEMODINAMICA	ANEURISMA DE AORTA C/REP. HEM.	70 %
4) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL ASINTOMATICO (HALLAZGO, HASTA 45 mm.)		0 %
Los aneurismas de 50 o más mm. con contraindicación quirúrgica		70 %
5) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO S/TRAST. HEMOD.		20-30 %
6) ANEURISMA AORTA ABDOMINAL OPERADO C/TRAST. HEMOD.		70 %

En los items 4 y 5 se evaluará el funcionalismo renal.

VASCULOPATIAS PERIFERICAS

Se evaluarán afecciones vasculares arteriales y venosas a nivel de extremidades, fundamentalmente de miembros inferiores.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis: claudicación (medida en metros), tratamientos realizados

Examen físico

Laboratorio

Diagnóstico por imágenes: Eco-Doppler, arterio- y flebografía

ARTERIOPATIAS PERIFERICAS

ESTADIO I:

INCAPACIDAD DE 0-10 % (CERO A DIEZ POR CIENTO).-

Enfermedad vascular asintomática durante la deambulación, que aparece con los esfuerzos intensos. Escasa o nula alteración de los pulsos, pueden encontrarse soplos arteriales.

ESTADIO II:

INCAPACIDAD DE 10-20 % (DIEZ A VEINTE POR CIENTO).

a) Claudicación después de los 200 metros (doscientos metros) de marcha. Escasa a moderada alteración de los pulsos periféricos. Trastornos tróficos ausentes o muy leves.

b) Revascularizados asintomáticos y sin signos isquémicos.

ESTADIO III:

INCAPACIDAD DE 20-40 % (VEINTE A CUARENTA POR CIENTO)

Enfermos con o sin cirugía de revascularización. Claudicación de la marcha entre los 100 y 200 metros (cien y doscientos metros). Pulsos periféricos muy disminuidos. Trastornos tróficos leves a moderados (no incluidos en los estadios siguientes).

ESTADIO IV:

INCAPACIDAD DE 40-70 % (CUARENTA A SETENTA POR CIENTO).

Con o sin cirugía de revascularización con claudicación dentro de los 25 metros (veinticinco metros) de marcha y pulsos periféricos ausentes, o amputación segmentaria en un solo miembro.

ESTADIO V:

INCAPACIDAD DEL 70-95 % (SETENTA A NOVENTA Y CINCO POR CIENTO).

Con o sin cirugía de revascularización previa, amputaciones a cualquier nivel en dos extremidades. En los estadios IV y V se evaluarán las amputaciones por Ortopedia.

FLEBOPATIAS PERIFERICAS

ESTADIO I:

SIN INCAPACIDAD (CERO POR CIENTO)

Várices esenciales, o residuales, o síndrome post-trombótico, uni o bilaterales, sin trastornos tróficos ni edemas.

ESTADIO II:

INCAPACIDAD DE 0-15 % (CERO A QUINCE POR CIENTO)

Igual a Estadio anterior, con edema.

ESTADIO III:

INCAPACIDAD DE 15-25 % (QUINCE A VEINTICINCO POR CIENTO)

Igual a Estadio anterior, pero unilateral, con trastornos tróficos leves a moderados (angiodermitis pigmentaria leve a moderada).

ESTADIO IV:

INCAPACIDAD DE 25-40 % (VEINTICINCO A CUARENTA POR CIENTO)

Igual a Estadio II, con trastornos tróficos moderados bilaterales, antecedentes de úlceras cicatrizadas, o linfedema moderado.

ESTADIO V:

INCAPACIDAD DE 40-70 % (CUARENTA A SETENTA POR CIENTO)

Várices esenciales o residuales, uni o bilaterales, o síndrome post. trombótico con ulceraciones persistentes o recidivantes con tendencia a la torpidez. Linfedema elefantiásico.

DIGESTIVO

Deberán diferenciarse:

a) Las patologías del tubo digestivo, encargado del transporte, algunas etapas de la digestión y de la absorción de los alimentos como de la eliminación de los desechos.

b) Las afecciones dependientes de los órganos anexos: hígado, vías biliares y páncreas.

Dichos procesos y su incidencia laboral son medibles fundamentalmente a través del estado nutricional y las secuelas de su evolución y/o tratamiento quirúrgico.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen clínico

Laboratorio: general
especializado: Van de Kammer, etc.

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TAC.

Endoscopías-Manometrías.

Biopsias

Se tendrá en cuenta lo ya mencionado en la introducción de estas Normas: las patologías cuyo diagnóstico y pronóstico requieran la realización de estudios complementarios complejos y/o cruentos, los mismos deberán ser aportados por el peticionante en el momento de su examen, ya que no se realizarán exámenes con estas características en el marco de esta evaluación.

En caso de resecciones quirúrgicas, se evaluarán las secuelas de las mismas independientemente de su etiología.

Afecciones evaluables.

Tubo digestivo: esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y ano.
Hígado y vías biliares

Páncreas

Sobrepeso

Desnutrición

ESOFAGO

TABLA DE VALORACION

Estadio I (Sin incapacidad):

Signos clínicos: disfagia esporádica para sólidos.

Ausencia de compromiso de estado general.

Sin alteraciones ponderales.

Estudios complementarios: radiografía y/o endoscopía que no demuestran patología.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

Signos clínicos: disfagia temporaria.

Pérdida de peso menor al 10 %.

Modificable con dieta y tratamiento médico.

Estudios complementarios: reflujo demostrable radiográficamente o con endoscopía. Signos de esofagitis.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66 %):

Signos clínicos: disfagia para sólidos.

No se modifica con tratamiento y dieta continua.

Disminución de peso corporal mayor al 10 %.

Estudios complementarios: alteraciones anatómicas demostrables con radiología y/o endoscopía.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %)

Signos clínicos: estenosis esofágica.

Disfagia permanente para sólidos y líquidos.

Esofagitis severa.

Compromiso del estado general.

Estudios complementarios: estenosis esofágica, esofagitis severa, neoplasia.

La incapacidad valorada en la presente tabla podrá ser transitoria o permanente según su posibilidad de mejoría terapéutica.

a) Esofagitis por Reflujo:

Incapacidad parcial de hasta un 0-5 % cuando existen signos radiológicos de lesión y/o de reflujo, o comprobación mediante endoscopía. El reflujo demostrado por radiografía, sin otro elemento diagnóstico, no se considera invalidante.

Se considerarán invalidantes las secuelas de esofagitis cáustica o por reflujo hasta en un 70 %, por lo general permanente, cuando existan signos clínicos evidentes de disfagia y/o estenosis comprobables clínica y radiológicamente y pérdida ponderal. Valorar según tabla adjunta.

Cuando dichas secuelas hayan sido tratadas mediante cirugía y/o dilataciones, deberá valorarse el resultado funcional y evaluar en consecuencia.

Esofagitis herpética o por cándida:	0-10 %
En el contexto del SIDA	70 %

Esofagitis post-radiación: evaluar etiología del tratamiento radiante y compromiso funcional hasta 70 %

b) Divertículos:

No son causa por sí mismos de invalidez	0-5 %
Si por su tamaño causan complicaciones (ej.: neumopatías por aspiración) hasta	70 %

En este apartado nos referimos a los divertículos por pulsión. Los divertículos por tracción no son, por lo general, de patología esofágica pura; por lo tanto, en su evaluación deberá ser tenida en cuenta la patología primitiva que los ocasiona.

c) Trastornos motores:

Espasmo difuso de esófago	0-15 %
Acalasia estadio I	0-10 %
estadio II, III, IV o secuela post-quirúrgica, de acuerdo a compromiso funcional según tabla.	

b) Várices Esofágicas:

Por sí solas no son invalidantes.	0-5 %

Deberán valorarse sus causas etiológicas (hipertensión portal) y su repercusión funcional (VER HEPATOPATIAS).

Derivación quirúrgica de várices: s/encefalopatía, de acuerdo a función hepática.

c/encefalopatía frecuente	70 %

Las várices esclerosadas serán evaluadas acorde a compromiso funcional hepático y a la reiteración de hemorragias digestivas.

e) Hernia Hiatal:

Sin lesiones esofágicas por reflujo	0-5 %

Si existe reflujo y esofagitis se evaluará de acuerdo a tablas.
Tratadas quirúrgicamente se evaluará su estado secuelar.

f) Cáncer de Esófago:

Inoperable, recidivado y/o con metástasis	70 %

ESTOMAGO Y DUODENO

TABLA DE VALORACION

Estadio I (Sin incapacidad):

Signos clínicos: síntomas y signos esporádicos que ceden sin medicación.

No se acompaña de alteraciones orgánicas demostrables.

No existe pérdida de peso.

Estudios complementarios: que no demuestran patología.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %):

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento y/o dieta discontinua.

Pérdida de peso menor al 10 %.

Estudios complementarios: signos de lesiones mucosas demostrables radiológica y endocóspicamente.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66 %):

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento y dieta continua.

Disminución de peso corporal mayor al 10 %.

Estudios complementarios: lesiones mucosas evidentes radiológicas y/o endoscópicas con anemia con hematocrito no menor al 30 % y/o hipoproteinemia no menor a 3gr %, que no remiten con tratamiento.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %)

Signos clínicos: signos y síntomas de lesión orgánica severa. Compromiso del estado general. Edemas. Escasa o nula repuesta al tratamiento.

Estudios complementarios: lesiones anatómicas radiológicas y/o endoscópicas (por ej.: neoplasias no extirpables).

Anemia (hematocrito menor de 30 %, hipoalbuminemia con valores menores de 3 gr %, irreductibles con tratamiento).

a) Ulceras Duodenales:

No son de por sí causantes de invalidez. La mayoría cura con tratamiento médico y no tienen incidencia en el estado nutricional del paciente. Se evaluarán de acuerdo al compromiso funcional secuelar según tablas.

b) Ulcera Gástrica:

Puede decirse respecto de éstas, lo mismo que lo manifestado para las duodenales, pueden ser tratadas eficazmente mediante tratamiento médico o quirúrgico. Luego se evaluará de acuerdo al compromiso funcional de las secuelas.

c) Síndrome Acido Sensitivo:

Como síndrome sin substrato anatómico no es incapacitante.

d) Gastrectomías Parciales y totales:

Si de su evaluación clínica no surge desmejoramiento importante del estado general, NO SON INCAPACITANTES, salvo síndromes postgastrectomía (asa corta - dumping - etc.) correctamente documentados, que pueden llegar a producir una incapacidad de hasta el 70 %.

e) Cáncer Gástrico:

Sin evidencia de enfermedad generalizada o metástasis, se tendrá en cuenta el tipo de operación realizada.

1) Gastrectomías parciales (Ver punto d).

2) Gastrectomía total (Ver punto anterior).

3) Inextirpable 80 %.

La aparición de metástasis regionales o a distancia implica la existencia de incapacidad mayor del 70 %.

Linfomas sin respuesta al tratamiento 70 %.

INTESTINO

TABLA DE VALORACION

Estadio I (Sin incapacidad)

Signos clínicos: síntomas y signos esporádicos que ceden con tratamiento discontinuo.

Estudios complementarios: sin lesiones demostrables.

Estadio II (Incapacidad hasta el 33 %)

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento discontinuo.

Disminución del peso corporal menor al 10 %.

Estudios complementarios: signos de lesiones mucosas demostrables radiológica y endoscópicamente.

Hipoalbuminemia no menor a 3 gr %.

Estadio III (Incapacidad entre el 33 y 66 %)

Signos clínicos: síntomas, signos y alteraciones orgánicas que requieran tratamiento continuo. Disminución del peso corporal mayor al 10 %.

Deposiciones mucosanguinolentas.

Estudios complementarios: lesiones mucosas evidentes radiológicas y/o endoscópicas. Anemia con hematocrito no menor del 30 %, hipoalbuminemia con cifras no menores de 3 gr %, que no responden al tratamiento.

Estadio IV (Incapacidad mayor del 66 %)

Signos clínicos: lesiones irreversibles con severa repercusión orgánica que no responden al tratamiento.

Pérdida de peso grave.

Proctorragias iterativas, diarreas severas.

Síndromes obstructivos y/o perforaciones.

Incontinencia fecal completa.

Colostomía definitiva.

Manifestaciones sistémicas.

Estudios complementarios: lesiones anatómicas (radiológicas y/o endoscópicas).

Anemia (hematocrito menor de 30 %), hipoalbuminemia con cifras menores de 3 gr %, que no responden al tratamiento.

INTESTINO DELGADO

El intestino delgado no presenta patología incapacitante demasiado frecuente.

a) Divertículo de Meckel:

No es causa de incapacidad, su tratamiento es sencillo y bien realizado no debe dejar secuelas.

b) Enfermedades Vasculares del Intestino Delgado:

Que hayan obligado a ablaciones más o menos importantes, suelen dejar secuelas funcionales de mayor o menor magnitud. Serán éstas (las secuelas funcionales) las que determinarán la cuantificación de la incapacidad (mala absorción, desnutrición importante).

Estos estados pueden llegar a determinar hasta 70 % o más en forma permanente.

c) Enfermedad de Crohn:

Si se limita a la porción terminal del íleón se trata de controlar en forma clínica. Se evalúan de acuerdo a compromiso funcional.

Si es recidivante o invasora puede determinar hasta un 70 % de incapacidad, dependiente de la valoración de las secuelas.

d) Ileostomías definitivas:

Siempre provocan incapacidad del 70 %.

e) Tumores

Inextirpables y/o recidivas y/o con metástasis	70 %.
Linfomas sin respuesta al tratamiento	70 %.

COLON Y RECTO

a) Enfermedad Diverticular

1) Diverticulosis: no es causal de incapacidad.

2) Diverticulitis: no son causal de incapacidad.

3) Diverticulitis complicadas: (proctorragias iterativas y severas, tumor inflamatorio con proctorragia y/o diarreas severas y/o adherencias a otros órganos, y/o síndrome subostructivo, perforación: se agotarán las medidas terapéuticas y se evaluarán según secuela.

4) Resecadas: En un tiempo, con anastomosis término-terminal y sin colostomía (raro): no incapacitantes.

Con colostomía: 70 % hasta cierre de colostomía.

b) Colitis Ulcerosa:

Se evaluará acorde a la repercusión orgánica y/o funcional que produzca, teniendo en cuenta que el simple diagnóstico no determina incapacidad. Son de particular importancia los estudios endoscópicos (fibrocolonoscopía) y biopsias.

Con compromiso sistémico, refractario al tratamiento	70 %

Se efectuará evaluación por Psiquiatría.

c) Poliposis Familiar:

Frecuentemente se acompaña de tumor maligno.

Colectomía con anastomosis iliorectal (tratamiento habitual)	70 %

d) Incontinencia esfinteriana rectal: crónica y sin respuesta al tratamiento médico quirúrgico:

Incontinencia para heces sólidas:	70 %
Incontinencia para heces líquidas:	20-45 %
Incontinencia para gases:	0-15 %

e) Carcinoma de Intestino grueso:

Cáncer Colonorectal Operado y Resecado sin colostomía:

Sin compromiso del estado nutricional ni funcional	0-5 %
Con compromiso sistémico (pérdida de peso severa, anemia, síndrome de impregnación neoplásica)	70 %
Amputación abdómino-perineal de Miles	70 %
Clasificación según Duke:	
estadio A (sobrevida 85-90 % a los 5 años)	0-10 %
estadio B (sobrevida 60-70 % a los 5 años)	hasta 30 %
estadio C (sobrevida de 30 % a los 5 años)	70 %

Las colostomías definitivas siempre determinan incapacidad del 70 %.

HIGADO

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio: general: hepatograma, proteinograma, gammaGT, protrombina.

especializado: marcadores virales, alfafetoproteína, arco 5

Diagnóstico por imágenes: Eco, TC, Centellografía

Endoscopías: laparotomías, endoscopías digestivas altas.

Biopsia.

Las afecciones agudas no serán evaluadas, excepto aquellas que pierdan tal condición y pasen a la cronicidad.

Se tendrán en cuenta para la determinación de la incapacidad provocada por las hepatopatías crónicas, signos clínicos y humorales.

1 — Signos clínicos:

a) Signos mayores: Encefalopatía (obnubilación del sensorio, coma)

Síndrome ascítico edematoso

b) Signos menores: Ictericia

Hepatoesplenomegalia

Estigmas periféricos

Várices esofágicas

2 — Signos humorales:

Bioquímica de disfunción hepática:

Aumento de la bilirrubina (a expensas de la directa) más de 2.5 mg %. T. de Prot. menor del 60 % Colesterolemia menor de 150 mg %. Albúmina sérica menor de 3 gr % TGO y TGP mayor que el doble de las cifras normales.

Patologías evaluables

Hepatopatía crónica compensada: 0 %

(Hepatoesplenomegalia sin otra alteración clínica ni serológica).

Hepatopatía crónica leve: 10-25 %

(Cualquiera de los signos menores acompañado de uno o más signos humorales alterados, pero en valores cercanos a los límites normales, o várices esofágicas sin antecedentes de hemorragia digestiva).

Hepatopatía crónica moderada: 30-40 %

(Cualquiera de los signos clínicos menores combinado con más de un signo humoral alterado *con cifras cercanas, a los valores señalados*, o con várices esofágicas con un solo episodio hemorrágico de carácter leve).

Hepatopatía crónica descompensada: 70 %

(Se acompaña de cualquiera de los signos clínicos mayores, o se combina alguno de los signos clínicos menores con 2 o más de los signos humorales de disfunción hepática, várices esofágicas de gran desarrollo con antecedentes de más de un episodio hemorrágico).

La Hepatopatía crónica activa, aún compensada, diagnosticada por biopsia, puede llegar a alcanzar una incapacidad del 70 %, dependiendo del grado de actividad inflamatoria histológica, los parámetros clínicos, la alteración de los valores humorales y el tipo de actividad laboral.

En la actualidad consideramos el transplante hepático como una entidad con jerarquía invalidante. La evaluación médica de los resultados de esta modalidad de tratamiento determinará, en un futuro, la posibilidad y oportunidad de un reinicio laboral.

INDICE DE CHILD

Marcador de compromiso de la func. hepática en hepatop. crónicas

	A	B	C
	Normal o leve	Moderado a severo	Severo
Albúmina (g/dl.)	> 3.50	3-3.5	< 3
Bilirrubina (mg/dl.)	< 2	2-3	> 3
Protrombina	> 70 %	40-70 %	< 40 %
Ascitis	no	moderada	abundante
Encefalopatía	no	manejable fácilm.	++ severo
Incapacidad	0-30 %	30-70 %	> 70 %

Hidatidosis

No operadas: se evaluarán de acuerdo al grado de repercusión orgánica y/o funcional y/o complicaciones (abscesos, fístulas) hasta 70 %.

Operadas: Son invalidantes cuando presentan secuelas graves (cavidades residuales supuradas, complicaciones torácicas con limitación funcional o hidatidosis peritoneal diseminadas):

70 %

Tumores

1) Benignos:

a) Resecables: se evalúan de acuerdo a secuela.

b) No resecables: se evalúan de acuerdo a compromiso de la función hepática y/o colestasis crónica.

2) Malignos:

a) Primitivos: 70 %

b) Secundarios: 70 %

VIAS BILIARES

Las intervenciones de las vías biliares no determinan por sí mismas porcentuales incapacitantes. Con síntomas digestivos funcionales esporádicos y/o litiasis vesicular no complicada 0-5 %

Con compromiso hepático como secuela o complicación se evaluará exclusivamente esta afección acorde al criterio aplicado para las hepatopatías. Lesiones irreductibles de la vía biliar reoperadas o no con signos y síntomas de obstrucción canalicular 70 %

El Síndrome post-colecistectomía será evaluado en igual forma que lo sustentado para la lesión de vías biliares.

Los procesos agudos: colecistitis litiásicas o no, cólicos biliares, ictericias obstructivas de origen litiásico, no son causales de incapacidad.

Cáncer de la vesícula o vías biliares

Incapacidad 80 %

PANCREAS

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general

específico: amilasemia, amilasuria,
Van de Kammer, hemoglobina
glicosilada

Diagnóstico por imágenes: Eco, TC., Colangio-pancreatografía - endoscópica - retrógrada

Endoscopías

a) Pancreatitis Aguda:

No incapacitantes.

Cuando resulten secuelas de pancreatitis aguda postratamiento quirúrgico (seudo-quiste de páncreas, fístula), se evaluará acorde a su compromiso orgánico y funcional.

Quistes o seudo-quistes de páncreas operados, sin secuelas, no incapacitantes.

Las secuelas deberán evaluarse según el criterio adoptado en Pancreatitis Crónicas.

b) Pancreatitis Recurrente

Alcohólica. Buen estado nutricional, sin trastorno orgánico funcional hasta 30 %

c) Pancreatitis Crónica y/o Recurrente:

Con manifestaciones clínicas que demuestren severidad sintomática con déficit nutricional, severo deterioro del estado general, sin respuesta al tratamiento 70 %

d) Cáncer de Páncreas: 80 %

PARED ABDOMINAL

TABLA DE EVALUACION

a) Hernias Simples:

1) Inguinal, umbilical, crural y otras menos frecuentes, no complicadas, según tareas 0-5 %

2) Hernia inguinal bilateral no complicada, según tareas 10-15 %

3) Hernia inguino escrotal, con deformación locorregional grosera, amplia solución de continuidad músculo aponeurótica, factible de reparación quirúrgica: 15-30 %

b) Hernia recidivada:

Si no constituye una hernia gigante hasta 15 %

c) Eventración Abdominal:

Gigante reparable 15 %

no reparable 70 %

d) Hernias diafragmáticas:

Son corregidas en edad temprana y se valoran por sus secuelas. Ver patología del Esófago.

Grandes eventraciones diafragmáticas, se evaluarán de acuerdo a la repercusión orgánica-funcional, edad, tareas laborales y posibilidad o no de reconstrucción quirúrgica.

OBESIDAD

Esta disfunción metabólica tiene por sí misma escasa importancia; se evaluará como factor de riesgo o como signo o noxa coadyuvante en otras patologías:

Clínico-quirúrgica (Diabetes, Gota, hernia, etc.)

Mioosteoarticular y neurológica.

Cardiocirculatoria central y periférica.

Respiratoria.

Psiquiátrica.

Clasificación por grados:

Grado I: exceso del 15 al 30 % del peso teórico.

Grado II: exceso del 30 al 50 % del peso teórico.

Grado III: exceso de más del 50 % del peso teórico.

La cuantificación de la incidencia de esta alteración resultará de aplicar los criterios de evaluación que correspondan a cada especialidad.

DESNUTRICION

La incapacidad adjudicada a la misma es independiente de la causa que la origina, que será investigada. El deterioro producido por esta última, por ej.: Síndrome de mala absorción, Pancreatitis crónica, se combinará en el cálculo de la incapacidad global.

Se tendrá en cuenta además: alteraciones en los análisis de laboratorio que valoren el estado nutricional.

RIÑON Y VIAS URINARIAS

Se evaluarán las afecciones del aparato urinario que incidan, por su compromiso anátomo-funcional en[la vida laboral de los individuos.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico

Laboratorio general: hemograma, glucemia, orina, sedimento urinario en fresco, cultivo de orina

específico: urea, creatinina, clearance de creatinina, ácido úrico, dosaje de renina, ionograma en sangre y orina

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TC., Centello radioisotópica, Angiografía selectiva.

Endoscopías de vías urinarias

Biopsias.

Las afecciones del aparato urinario de curso crónico y/o recidivante no inciden necesariamente en forma incapacitante o invalidante, por ej.: las infecciones urinarias repetidas, o la poliquistosis renal congénita. Serán evaluadas acorde a sus secuelas y compromiso funcional.

En la actualidad consideramos la hemodiálisis crónica y el transplante renal como entidades con jerarquía invalidante. La hemodiálisis crónica es el recurso terapéutico final frente a una patología irreversible, y su indicación señala por sí misma la seriedad de la afección subyacente.

Respecto del transplante renal, necesariamente deberá ser reevaluado al cabo de un año de haber sido practicado el mismo. De esta valoración anátomo-funcional surgirá el nuevo grado de incapacidad. Se tendrán en cuenta los factores complementarios mencionados en la introducción de estas Normas.

Las afecciones agudas, incluso las tratadas con hemodiálisis para compensar una insuficiencia renal aguda suelen remitir ad-integrum. Serán evaluadas en caso de pasar a la cronicidad acorde a las secuelas anátomo-funcionales que determinen.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Clínica: Existencia de edema, hipertensión arterial, anemia, osteodistrofia.

Laboratorio: Albuminuria, hipoproteinemia, elevación de la creatininemia por encima de los valores normales y valores descendidos de la filtración glomerular por debajo de 30-40 ml. por minuto (clearance de creatinina). La uremia por sí no tiene valor decisivo aisladamente. Debe ser comparada con otros parámetros de la función renal. Lo mismo es válido para las densidades bajas de la orina. Son relevantes la anemia crónica, osteodistrofias y neuropatías sensoriales.

Grado	Severo	Moderado	Leve
Cl. de Creatinina	< 25 ml	25-49 ml.	> 50 ml.
Creatininemia	> 4 mg/ %	3,9-2,5 mg/ %	< 2,5 mg/ %
Hematocrito	< 25 %	...	>30 %

Insuficiencia renal crónica

Grado Leve:	0-15 %
Grado Moderado:	15-40 %
Grado Severo:	40-70 %

Afecciones evaluables:

A — Renales:

Congénitas: poliquistosis renal bilateral, riñón multiquístico unilateral, multiquistosis en riñón único, agenesia de un riñón.

Infecciosas: inespecíficas agudas
crónicas

específicas: Tuberculosis

Glomerulonefritis

Traumáticas

Tumorales

Otras: Litiasis, Ptosis renal

Síndrome nefrótico

Nefrectomías

B — Vías Urinarias:

Estenosis pieloureteral

Infecciones específicas: Tuberculosis

Tumores

Incontinencia urinaria

Capacidad vesical disminuida

Vejiga neurogénica

Fístulas

Estrechez uretral

A — Renales

Congénitas:

El grado de incapacidad está determinado por las complicaciones que puedan surgir durante su evolución y de las consecuencias de las mismas (adquiridas) y no de la afección por sí misma.

POLIQUISTOSIS RENAL BILATERAL

1. Sin insuficiencia renal:	10 %
2. Con insuficiencia renal severa:	70 %

RIÑON MULTIQUISTICO UNILATERAL

Con buena función renal:	0 %

MULTIQUISTOSIS EN RIÑON UNICO

1. Sin insuficiencia renal	10 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

AGENESIA DE UN RIÑON

1. Sin insuficiencia renal	0 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

Infecciosas:

Inespecíficas:

Sólo se evaluarán las afecciones crónicas.

El diagnóstico requiere de los siguientes elementos:

Clínicos: Dolor lumbar, fiebre, infecciones urinarias bajas, cistopatías (cistitis), recidiva periódica.

Humorales: Sedimento urinario con piuria, cilindriuria, bacteriuria.

Radiológicos: Alteraciones caliciales y papilares, parenquimatosas.

PIELONEFRITIS CRONICA BILATERAL

1. Con suficiencia renal	0-5 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

PIELONEFRITIS CRONICA CON HIPERTENSION ARTERIAL

Además debe ser evaluado por Cardiología.

Específicas:

TUBERCULOSIS GENITO-URINARIA

1. En actividad: en tratamiento no es invalidante, aún no se han agotado todos los recursos de tratamiento.

2. Recaída o recidivada: se evaluará acorde a la respuesta terapéutica y a las secuelas una vez agotados todos los recursos medicamentosos y/o quirúrgicos.

3. Secuelar: se evaluarán acorde al grado de insuficiencia renal.

Glomerulonefritis

GLOMERULONEFRITIS CRONICA

Valorar de acuerdo al grado de insuficiencia renal.

Traumáticas

TRAUMATISMOS RENALES

Se evalúan de acuerdo a las secuelas o complicaciones:

Insuficiencia renal

Hipertensión arterial

Litiasis renal

Uronefrosis

Pielonefritis crónica

Pionefrosis

Paranefritis

Infartos

Tumorales

BENIGNOS

Según secuela anatómica y compromiso funcional.

MALIGNOS

a) Con nefrectomía total

1. Con metástasis	70 %
2. Sin metástasis	10 %

Este último grupo es equiparable al nefrectomizado por cualquier etiología.

b) Con nefrectomía parcial en riñón único con metástasis:	70 %
c) Con nefrectomía parcial en riñón único sin metástasis: acorde a suficiencia renal	
d) Inextirpables:	80 %

Otras

PTOSIS RENAL

Se presenta en un 20 % de las mujeres, no como enfermedad (congénita o adquirida), sino como modalidad clínica y radiológica. Para considerarla con valor patológico debe originar alteraciones anátomo-funcionales sobre la vía canalicular, la irrigación renal y/o sobre los plexos nerviosos vecinos.

LITIASIS RENAL:

1. Calicial única:	0 %
2. Piélica primaria sin complic. obstructiva:	0 %
3. Piélica primaria con fenómeno obst. (infec. urinaria permanente, pielonefritis):	5 %
4. Piélica recidivante sin complicación:	5 %
5. Piélica recidivante con complicación: acorde a funcionamiento renal	
6. Coraliforme:	
a) Unilateral: c/buena función renal pasible cirugía	hasta 10 %
b) Unilateral: c/insuficiencia renal severa	70 %
c) Bilateral con insuficiencia renal severa	70 %
d) En riñón único: con insuficiencia renal severa	70 %

Síndrome nefrótico

Nefrosis diabética.

Nefrosis amiloidea.

Nefroesclerosis.

Nefrosis lúpica.

Nefrosis del nefrón distal.

Nefrosis tóxicas.

Se evalúa de acuerdo a la enfermedad de base, el compromiso anátomo-funcional renal.

Nefrectomías

NEFRECTOMIA PARCIAL:

1. Con riñón contralateral suficiente:	5 %
2. En riñón único: de acuerdo a compromiso de la función renal	
3. En riñón complicado (hidronefrosis, infección crónica, anomalías congénitas, litiasis, etc.).	70 %

NEFRECTOMIA TOTAL:

1. Con función renal conservada	10 %
2. Con insuficiencia renal severa	70 %

HIPERTENSION ARTERIAL NEFROGENA

Debe diferenciarse la hipertensión arterial de origen renovascular de aquella que es complicación de una afección renal aguda o crónica.

La primera será comprobada a través de: estudios urográficos o en su defecto por Centellografía, radiorrenograma, estudio angiográfico selectivo, dosaje de renina, etc.

Respecto de la segunda, la misma se valorará de acuerdo a la patología urinaria que le da origen (por ej.: pielonefritis crónica, uronefrosis, etc.).

En ambas, se tendrá en cuenta la repercusión cardíaca u orgánica general, debiendo ser estas últimas evaluadas por las especialidades pertinentes.

B — Vías Urinarias

ESTENOSIS PIELOURETERAL

1. Con uronefrosis e insuficiencia renal severa	70 %
2. Con buena función renal contralateral	0-10 %

INFECCIONES ESPECIFICAS

Tuberculosis

Se remite al punto de Tuberculosis renal.

TUMORES

1. Benignos: se evalúan según secuela y compromiso funcional residual.

2. Malignos: a) Neoplasias de Pelvis Renal

a-1: con nefrouretectomía sin metástasis	10 %
a-2: con nefrouretectomía con metástasis	70 %

b) Neoplasias de Vejiga

b-1: operados sin recidiva (por vía endoscópica)	0-5 %
b-2: cistectomía parcial sin recidiva	10 %
b-3: cistectomía parcial con metástasis	70 %
b-4: después de segunda recidiva	70 %
b-5: cistectomía total con derivación urinaria	20-70 %

Acorde con:

Tipo de tareas

Funcionalidad de la urostomía

Funcionalidad del árbol urinario superior

Evaluación psiquiátrica

INCONTINENCIA DE ORINA:

1. Leve (durante esfuerzos y en forma esporádica)	0 %
2. Moderada (a esfuerzos mínimos), sin control voluntario, con pobre actividad refleja y goteo intermitente:	hasta 15 %
3. Grave (a esfuerzos mínimos en la posición horizontal cuando no hay control reflejo ni voluntario de la vejiga y goteo permanente y lesiones dérmicas amoniacales)	70 %

CAPACIDAD VESICAL DISMINUIDA

1. Por cistitis intersticial crónica	hasta 70 %
2. Por cistitis tuberculosa	hasta 70 %
3. Por cistitis post-actínica	hasta 70 %
4. Ampliación vesical	20 %

En todos los casos se deberán evaluar los resultados quirúrgicos de las ampliaciones vesicales, la existencia o no de residuo urinario y la indemnidad del árbol urinario superior.

VEJIGA NEUROGENICA

1. Compensada:	10-20 %
Evaluar etiología por la especialidad correspondiente.	
2. No compensada (con alto residuo post-miccional, litiasis, etc.)	70 %

FISTULAS

1. Urocutánea: evaluables según etiología y compromiso.

2. Urodigestivas: ídem.

3. Urogenitales: a) Con incontinencia de orina de acuerdo a las posibilidades quirúrgicas. hasta 70 %

b) Complicadas (mixtas, sometidas a múltiples tratamientos quirúrgicos, sin éxito o en terreno neoplásico irradiado) 70 %

ESTRECHEZ

1. De uretra (uretra membranosa)

a) Complicada: (infranqueable como consecuencia de multioperaciones con marcada disuria, flujo miccional bajo, dilataciones periódicas) 70 %

b) No complicada: (tratamiento dilatador, se tendrá en cuenta su frecuencia) 20 %

2. Estenosis del Meato Uretral

No complicada: no incapacitante.

GENITAL MASCULINO

Afecciones prostáticas

HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

1. Sin repercusión urinaria 0 %

2. Con repercusión urinaria por obstrucción, evaluar compromiso funcional.

3. Con repercusión urinaria severa (ureterourenefrosis bilateral): valorar según grado de insuficiencia.

CANCER DE PROSTATA

1. Foco microscópico como hallazgo quirúrgico: 5 %

2. Tumor invasor de cápsula, vesículas seminales, pelvis y metástasis óseas: 70 %

3. Prostatectomía radical sin complicaciones y sin metástasis: 30 %

4. Tumor comprobado por tacto y biopsia, debe tenerse en cuenta la respuesta al tratamiento (quirúrgico u hormonal)

sin metástasis 30 %

con metástasis 70 %

LESION POST-QUIRURGICA ESFINTERIANA CON INCONTINENCIA DE ORINA (post-cirugía prostática)

1. Leve y moderada se evaluará igual que el punto de Incontinencia de Orina.

2. Grave: se evaluará según secuela de cirugía.

Afecciones testiculares

HIDROCELE, QUISTE DE CORDON, etc.

No incapacitante.

VARICOCELE

I Grado	0 %
II Grado	0-5 %
III Grado (con reflujo y dolor)	hasta 10 %

TUMORES DE TESTICULO

1. Seminomas: sin metástasis	0-5 %
con metástasis	70 %
2. Teratomas: sin metástasis	0-5 %
con metástasis	70 %
3. Coriocarcinomas: con metástasis	70 %

En todos los casos se deberá evaluar la edad y la respuesta a los tratamientos oncológicos efectuados.

ORQUIDECTOMIA SIMPLE

Unilateral	0-5 %
Bilateral	5-10 %

Afecciones peneanas

CANCER DE PENE

1) Tratado, sin evidencia de metástasis 20 %

2) Con metástasis 70 %

Se evaluará componente psicológico.

PENECTOMIA POST-TRAUMATICA

Evaluar componente psicológico 0-15 %

GENITAL FEMENINO

Patología Mamaria

1. Secuela de Operación Plástica Mamaria: 0 %

2. Displasia Mamaria Operada (Nodulectomía o Adenomastectomía) 0 %

3. Secuelas de Mastectomía:

a) Simple no Oncológica:	0 %
b) Simple Oncológica ("toilette"):	70 %
c) Sub-radical:	10-70 %
d) Radical:	10-70 %

En casos de Mastectomía sub-radical y radical se considerará una incapacidad permanente del 60 % si se observasen:

a) Presencia de Linfedema Braquial importante que limite la función del miembro.

b) Retracción axilar y/o axilo-pectoral severas.

c) Lesiones de actinoterapia (en actividad), radiodermitis o neumopatía actínica.

d) Adenopatías regionales de características malignas.

e) Presencia de recidiva local.

f) Disminución de movilidad braquial homolateral *(en relación al tipo de tareas desempeñadas* habitualmente).

Se tendrá en cuenta la edad de la solicitante, el tiempo transcurrido desde la operación y la evolución observada. Asimismo, se valorará la indicación post-operatoria de quimio y/o radioterapia y sus posibles secuelas: anemias refractarias, lesión en piel y mucosas, diátesis hemorrágicas, fibrosis pulmonar.

El haber sido sometida a un tratamiento quirúrgico por carcinoma génito-urinario, es un antecedente que, por sí mismo, no representa incapacidad.

4. Carcinoma avanzado de Mama:

Todos los estadios III y IV no pasibles de cirugía radical 70 %

De igual forma se considerarán los casos en que se documente fehacientemente la aparición de metástasis tumoral.

Patología de Utero

1. Displasia cervical uterina:

Leve, moderada o grave: Sin incapacidad.

2. Carcinoma de Cuello Uterino:

Carcinoma in situ tratado:	0 %
Sin metástasis:	0 %
Con propagación local, regional, o a distancia:	70-80 %
Con complicaciones quirúrgicas y/o post-actínicas:	70 %

3. Carcinoma de Cuello en Muñón Cervical Uterino remanente:

In situ: 0 %

Propagación local, regional y/o a distancia: (evaluar después del tratamiento). 70 %

4. Miomatosis Uterina:

Con fenómenos compresivos y/o metrorragias: 0-5 %

Es pasible de cirugía.

5. Miomatosis Uterina operada:

Miomectomía simple o múltiple, histerectomía subtotal y total, anexohisterectomía: 0 %

6. Carcinoma de Endometrio:

Operado sin complicaciones o metástasis: 0 %

Con metástasis local, regional y/o a distancia: 70 %

7. Secuela de telecobaltoterapia y/o radioterapia:

Evaluar de acuerdo a complicación (enteritis, rectitis, cistitis, fistulas).

Patología de Ovario y Anexos

1. Anexitis crónica 0 %

2. Carcinoma de Ovario

Sin metástasis o signos de enfermedad generalizada 0 %

Con metástasis 70 %

Otras patologías

1. Metrorragia disfuncional 0 %

2. Síndrome climatérico 0 %

3. Secuelas de Vulvectomía radical:

Valorar complicaciones quirúrgicas y secuelas 20-50 %

4. Distopias Genitales:

Uretrocele-Cistocele-Rectocele de grado I a IV: 0 %

Histerocele de grado I a IV: 0 %

Prolapso genital operado sin complicaciones: 0 %

(Evaluar incontinencia urinaria).

Fistula urogenitales o rectogenitales, según posibilidad quirúrgica y etiología:

(reevaluar después de operada).

NERVIOSO

Las afecciones neurológicas por las cuales se hace necesaria la evaluación de incapacidad tienen características variables. Están las de curso crónico evolutivo, las agudas que pueden dejar lesión secuelar orgánica y/o funcional, y otras de curso recurrente con o sin substrato anatómico, con intervalos asintomáticos.

Dolor, pérdida de fuerza, vértigos, etc. son síntomas frecuentemente teñidos por el estado emocional del individuo. Por otra parte, la afección neurológica "per se" puede determinar un deterioro psíquico.

Durante el examen se tendrán en cuenta estos factores combinados, cuya discriminación frecuentemente requiere del examen psíquico especializado.

Como se mencionara en el apartado de afecciones osteoarticulares, si los síntomas se acompañan de signos objetivos de repercusión orgánica (hipotrofia, rigideces y/o disminución evidente de alguna función), éstos serán útiles en la certificación de lo aducido por el examinado.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico-psíquico

Laboratorio

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC, RMN, Ecodoppler, Arteriografías

Electrofisiológicos: EEG, Mapeo cerebral, EMG, Velocidad de conducción, Potenciales evocados.

Afecciones evaluables

Centrales

Medulares

Neuropáticas

La cefalea y las raquialgias constituyen síntomas que de por sí no determinan incapacidad.

A) Centrales: cerebro, cerebelo y tronco

Insuficiencia vascular:
- Síndrome Vertiginoso
- Insuficiencia Vértebro-basilar
- Insuficiencia circulatoria cerebral
- ACV

Traumáticas

Alteraciones bioeléctricas

Alteraciones degenerativas:
- Degeneración espino-cerebelosa
- Síndrome extra-piramidal
- Esclerosis en placas
- Coreas

Tumores

Secuela de cirugía cráneo-cerebral:
- Vasculares (hematomas y aneurismas)
- Neoplasias

B) Medulares:
- Patología vértebro-medular
- Amiotrofias y Miopatías
- Esclerosis en placas

C) Neuropatías: (a excepción de las secundarias a las afecciones osteoarticulares)
- Polineuropatías
- Neuralgia del Trigémino
- Neuralgia del VII y IX Par
- Parálisis facial periférica

CEREBRO, CEREBELO Y TRONCO

Insuficiencia vascular

SINDROME VERTIGINOSO:

a) Sin signos objetivos: Examen clínico negativo, pruebas de exploración vestibular y registro electroencefalográfico intrascendente 0 %

b) Con signos objetivos: desequilibrio en la marcha, Romberg positivo, Nistagmus, etc.

1.- Si es periférico: (se compensa en pocas semanas) 0 %

2.- Si es central: será evaluado por Garganta, Nariz y Oído

INSUFICIENCIA VERTEBRO BASILAR:

a) Sólo manifestaciones subjetivas: mareos o vértigos con o sin artrosis cervical, y sin signos objetivos de sufrimiento del tronco cerebral (ej.: Nistagmus, Veloplejías, etc.) 0 %

b) Con signos de sufrimiento del tronco cerebral: piramidales, déficit de nervios craneanos, cerebelosos, etc. hasta 70 %

INSUFICIENCIA CIRCULATORIA CEREBRAL O ENCEFALICA:

a) Con síntomas psicológicos o de carácter vago, sin signos neurológicos objetivos (signos deficitarios o lesiones difusas) ni déficit intelectual 0 %

b) Con los mismos síntomas pero con pruebas dinámicas indicando un déficit circulatorio (centellograma dinámico o angiografía radioisotópica, Ecodoppler vascular, mapeo cerebral, etc.) 5-10 %

c) Con signos neurológicos objetivos (piramidalismo, palmomentoniano, déficit intelectual, parkinsonismo, etc.) hasta 70 %

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES

a) Hemiparesia facio-braquio-crural reciente:

se evaluará según secuelas anátomo-funcionales, luego del período clínico-neurológico de estabilización

b Hemiparesia/plejía facio-braquio-crural secuelar: hasta 70 %

Traumáticas

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO:

a) Síndrome Subjetivo: cefalea, mareos, trastornos mnésicos, etc. 0 %

Evaluar además por Psiquiatría

b) Con signos objetivos: focalización neurológica. hasta 70 %

(permanente o transitoria, por la posibilidad de revertir).

c) Epilepsia post-traumática: analizadas de acuerdo con lo normatizado en el apartado de Disrritmias.

d) Las secuelas psicológicas o psiquiátricas: evaluar por Psiquiatría.

Alteraciones bioeléctricas

DISRRITMIAS CEREBRALES:

De acuerdo con la división clínico-electroencefalográfica, se distinguen:

1) Disrritmia: sin elementos electroencefalográficos paroxísticos ni sintomatología clínica 0 %

2) Disrritmia: con electroencefalograma con signos de disfunción bioeléctrica, pero sin manifestaciones clínicas 5-10 %

3) Disrritmia: con electroencefalograma patológico y crisis debidamente constatadas.

Se evaluará de acuerdo a la profesión y los siguientes parámetros:

a) Ocupaciones de riesgo para terceros (ej.: conductor de automotores, piloto de avión, guardabarreras, etc.).

b) Ocupaciones con riesgo personal (ej.: electricista, balancinero, operario, tejedor, etc.).

c) Ocupaciones de tipo administrativo (ej.: empleados bancarios, secretariados, etc.).

d) Ocupaciones u oficios domésticos o similares (ej.: costurera, bordadora, etc.).

e) Otras ocupaciones que a criterio del especialista pueden ser potencialmente riesgosas. Las ocupaciones de los puntos a) y b), determinan incapacidad del 70 %

El mal epiléptico y la epilepsia centroencefálica de crisis periódicas, serán considerados como una causa de incapacidad del 70 %

Las disrritmias de causa vascular serán consideradas dentro del contexto de la enfermedad como una causa de incapacidad del 70 %

Las disrritmias con deterioro psico-orgánico serán, además, evaluadas por Psiquiatría.

Las epilepsias focales post-traumáticas son causa de incapacidad y deben valorarse de acuerdo al punto 3.

Para la evaluación del mal comicial se considerarán la Historia Clínica aportada, electroencefalogramas previos, el cumplimiento del tratamiento instituido (tipo de medicación, respuesta al mismo y tiempo de aplicación).

Alteraciones degenerativas

DEGENERACION ESPINO-CEREBELOSA

Se evaluará de acuerdo al compromiso org.-funcional 10-70 %

SINDROME EXTRAPIRAMIDAL

a) Hemi-Parkinson leve: con poca rigidez

(con tratamiento) 0-10 %

b) Síndrome de Parkinson moderado:

según edad, ocupación y posibilidades terapéuticas 10-40 %

c) Síndrome de Parkinson manifiesto:

(con tratamiento) hasta 70 %

ESCLEROSIS EN PLACAS

a) Con sintomatología florida: hasta 70 %

Evaluar edad, planteo terapéutico (de pronóstico incierto), los períodos de "acalmia" y las "pousse". Aportará Historia Clínica y estudios complementarios

b) Sin secuelas al momento del examen: 0-30 %

(con Historia Clínica y estudios complementarios positivos)

COREAS

a) Corea de origen reumático (Sydenham): no se evalúa por ser aguda y reversible.

b) Corea de Huntington: acorde al compromiso funcional hasta 70 %

Tumores

a) Neoformaciones de estirpe histológica benigna:

Ejemplos: Meningioma, Adenomas de Hipófisis, etc.

1) Sin secuelas post-tratatamiento o con secuelas mínimas 0-10 %

2) Con secuelas severas: 70 %

b) Neoformaciones de estirpe histológica maligna:

Gliomas de la serie astroblástica:

Grado I y II: 10-30 %

(baja malignidad y posible respuesta al tratamiento oncológico)

Grado III y IV: 70 %

Gliomas de la serie neuroblástica: 70 %

Gliomas de la serie microblástica: 70 %

c) Malignos secundarios: 70 %

Se deberá considerar a los tumores selares por su estirpe y su secuela oftalmológica y/o endocrinológica.

Secuela de cirugía cráneo-encefálica

Se evaluará de acuerdo al compromiso orgánico y a la repercusión funcional (ej.: Epilepsia).

MEDULARES

PATOLOGIA VERTEBRO MEDULAR:

a) Síndrome parapléjico: enfermos dependientes 70 %

b) Síndrome paraparético: enfermos con cierta independencia 10-70 %

c) Cuadriplejías: 70 %

AMIOTROFIAS Y MIOPATIAS:

a) Distrofias musculares: (Duchenne, Steinert, etc.)

De acuerdo a compromiso orgánico-funcional 10-70 %

b) Esclerosis lateral amiotrófica: 70 %

c) Poliomielitis anterior crónica:

Deberá ser evaluada por traumatología por la incidencia de las patologías ortopédicas secundarias (con causa).

d) Amiotrofia de Charcot-Marie: 10-70 %

De acuerdo a compromiso orgánico-funcional

e) Miastenia Gravis: Con trastornos respiratorios y/o deglutorios 70 %

Con respuesta al tratamiento y asintomático 40-70 %

DEGENERACION ESPINO CEREBELOSA:

Ya evaluada.

ESCLEROSIS EN PLACAS:

Ya evaluada.

NEUROPATIAS

POLINEUROPATIAS:

a) Guillain-Barré agudo:

Se evaluarán secuelas fuera de la "pousse".

b) Guillain-Barré con forma crónica o a recaídas:

1) Con signos de denervación actual 70 %

2) Sin signos de denervación actual según Electromiograma 15-70 %

c) Neuropatías tóxicas o metabólicas:

Con signos de denervación actual y déficit muscular hasta	70 %
De acuerdo con la noxa, edad y profesión.	
Sin signos de denervación y poco o ningún déficit muscular	5-10 %

NEURALGIA DEL TRIGEMINO:

a) Esencial o Primaria: En general, no incapacitante, salvo comprobación de enfermedad concomitante (ej.: cuadros psiquiátricos secundarios a la neuralgia, etc.) y/o semiología de V par positiva (se toman en cuenta los procedimientos neuroradiológicos y técnicos invasivos realizados).

b) Secundaria: Según la causa determinante (tumor ponto-cerebeloso, aneurisma o malformación arterio venosa, tumor óseo en la fosita de Gasser, etc.).

Si la evolución de la enfermedad determinante es de pronóstico desfavorable: 70 %

NEURALGIA DEL VII Y IX PAR:

Se consideran los mismos criterios que para la patología precedente.

PARALISIS FACIAL PERIFERICA:

No incapacitante, salvo situaciones puntuales de compromiso profesional estético.

OJOS

El presente normativo tine por objeto unificar conceptos médicos que encuadran las distintas patologías oftalmológicas según su grado de compromiso visual.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico: Oftalmológico: Agudeza visual, Campo visual, Fondo de Ojo
Neurológico (eventualmente)

Laboratorio: Glucemia...

Diagnóstico por imágenes: Rx, Retinofluoresceinografía, Eco, TC, RMN.

Electrofisiológicos: Potenciales evocados

AGUDEZA VISUAL

A - Utilización básica de la tabla de J. Sená aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología y recomendada para su aplicación a todos los oculistas del país, previa corrección del vicio de refracción que pudiera existir.

AV. Agudeza visual. ENUC. Enucleación. E. S/P: Enucleación sin prótesis.

AV	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	-0.1	Enuc.	E.S/P
1	0	1	2	4	6	9	13	18	24	32	42	45	50
0.9	1	2	3	5	8	11	15	20	26	34	43	47	52
0.8	2	3	5	7	10	13	18	23	29	37	45	50	54
0.7	4	5	7	9	13	16	21	26	32	40	50	55	58
0.6	6	8	10	13	16	20	25	30	36	44	55	60	62
0.5	9	11	13	16	20	24	29	34	41	49	60	65	67
0.4	13	15	18	21	25	29	33	39	47	56	70	70	73
0.3	18	20	23	26	30	34	39	45	54	65	80	80	80
0.2	24	26	29	32	36	41	47	54	64	75	90	90	90
0.1	32	34	37	40	44	49	56	65	75	85	100	100	100
-0.1	42	43	45	50	55	60	70	80	90	100	100	100	100
ENUC	45	47	50	55	60	65	70	80	90	100	100	100	100
ES/P	50	52	54	58	62	67	73	80	90	100	100	100	100

B - Con el objeto de contemplar los diversos casos según la profesión y el grado de exigencia visual en una tabla única, teniendo en cuenta las Tablas de Exilex Truc, Radeyewsky y Micas, se ha llegado al siguiente normativo que las comprende, haciendo la salvedad que con excepción de los ítems 1 y 5, así como los monoculares, que configuran situaciones especiales, todos los demás están comprendidos en la Tabla de J. Sená.

B.1- Profesiones de Optima Agudeza Visual: (10/10 y 10/10)

a) Sin corrección óptica y con sentido cromático normal. Ej.: ingreso al Colegio Militar, Naval, Aeronavegantes.

b) Con corrección óptica y sentido cromático normal. Ej.: personal ferroviario afectado al tráfico; conductores de transportes de pasajeros (no más de 3 dioptrías negativas o 4 dioptrías positivas).

B.2 - Profesiones de Buena Agudeza Visual: (10/10 y 5/10)

Ej.: bordadoras, ópticos, matriceros, relojeros, grabadores, ebanistas, tornero.

B.3 - Profesiones de Agudeza Visual Aceptable: (7/10 y 3/10)

Ej.: modista, costureras, electricistas, mecánicos.

B.4 - Profesiones de Escasa Agudeza Visual: (4/10 y 2/10)

Ej.: jardineros, porteros, peones, operarios no especializados, lavanderas, planchadoras y servicio doméstico. Dentro de este Item puede incluirse a los ambliopes ligeros, capaces de lectura en negro.

B.5 - Profesiones para Discapacitados Visuales:

Incluye 3 categorías, a saber:

B.5.a.- Ciegos.

a) Ciegos totales.

b) Ciegos prácticamente totales (visión luz).

B.5.b.- Ciegos parciales

Visión bultos, con buenas posibilidades de desplazamiento pero con visión cercana muy dificultosa y sin valor de utilidad práctica escolar o profesional.

B.5.c.- Ambliopes profundos

Buen desplazamiento y posibilidad de lectura en negro (grandes titulares, esquemas, mapas). Necesita del Braille. Ej.: músicos, afinadores de piano, tareas manuales que puedan adquirirse por reeducación, ciertas profesiones liberales.

C- Consideraciones médicas sobre el concepto del monocular reeducado y monocular reeducable, incluyendo una tabla que indica el porcentual de incapacidad en sujetos monóculos según la agudeza visual restante en el ojo útil.

Cuando el médico perito se encuentra frente al problema de valorar la incapacidad resultante de la pérdida total de la visión de un ojo, con o sin pérdida del órgano, siendo normal el otro con o sin corrección, teniendo el interesado edad inferior a los 40 años y tareas no especializada, se debe tener en cuenta la repercusión desde el punto de vista funcional sobre:

a) Visión central.

b) Campo visual o visión periférica.

c) Visión estereoscópica.

d) Fatiga visual.

Los autores internacionales recopilados en extensas bibliografías, la estadística especializada y la experiencia médica en la materia, consideran que la visión central prácticamente no se altera, el campo visual o visión periférica sólo pierde una sexta parte y la visión estereoscópica puede al cabo de unos 6 a 12 meses ser reemplazada en parte por la acción de algunas funciones monoculares (tamaño relativo de las imágenes, distribución de la luz de las sombras, superposición de los distintos planos según las distancias, alteración de los contornos según el alejamiento, la acomodación, la paralaxia monocular o apreciación espacial de la profundidad).

Si bien la visión estereoscópica o apreciación espacial se pierde en forma temporaria, nunca llega a ser permanente por la falta de convergencia y la fusión de imágenes. Como refieren autores nacionales (Damel), la visión estereoscópica monocular es una concepción de profundidad y la visión estereoscópica binocular una verdadera percepción de profundidad.

En lo inherente a la fatiga visual la misma está en relación directa a la especialización de la tarea.

EVALUACION DEL MONOCULAR

A.V.	Incapacidad	A.V.	Incapacidad
10/10	0 %	5/10	35 %
9/10	5 %	4/10	50 %
8/10	10 %	3/10	70 %
7/10	15 %	2/10	85 %
6/10	25 %	1/10	100 %

En el caso de los monoculares reeducables la incapacidad será transitoria por dos años y parcial del 30 % que no le impide el desempeño de sus tareas.

EVALUACION DE LAS HEMIANOPSIAS

Homónimas derecha o izquierda	20-35 %
Heterónima binasal	10-30 %
Heterónima bitemporal (acorde a tareas)	40-80 %
Horizontal superior	30 %
Horizontal inferior	60 %
En cuadrante superior	15 %
En cuadrante inferior	30 %

Además se evaluará la agudeza visual.

EVALUACION DE CATARATAS Y AFAQUIAS QUIRURGICAS CON Y SIN LENTE OCULAR.

Situaciones posibles:

a) Un ojo presenta una catarata grado IV (total) y el otro ojo presenta una agudeza visual óptima (10/10).

Este caso puede considerarse como un monocular otorgándose una incapacidad del 30 % permanente en individuos mayores de 45 años y del 30 % transitoria en menores de dicha edad si el cuadro es de reciente instalación. Cuando éste es de larga data se otorgará una incapacidad del 10 %.

b) Un ojo presenta una catarata grado IV con pérdida total de la visión o visión muy restringida (1/10 ó 2/10) y el otro ojo presenta una visión muy disminuida o amaurosis (ambliopía, anoftalmía, etc.).

En este caso se considera una incapacidad física del 70 % y permanente. Si fuera menor de 45 años, se otorgará un 70 % transitoria ante la posibilidad de su posterior cirugía de cataratas (en esta posible situación futura sería considerado un monocular).

c) Afaquia de un ojo sin lente intraocular.

La agudeza visual tomada se divide por dos y el resultado se compara con la tabla de Sená. Por ejemplo: ojo derecho operado de cataratas con agudeza visual corregida igual a 8/10, se tomará como valor para la tabla igual a 4/10; ojo izquierdo con agudeza visual corregida igual a 9/10, se tomarán 9/10 como valor de consulta en la tabla de Sená.

d) Afaquia de un ojo con lente intraocular.

Se considera la agudeza visual como los no afáquicos, es decir con la visión tomada se valorará por la tabla de Sená (excepto en profesiones que exigen óptima agudeza visual tales como: pilotos de avión, choferes de micro de larga distancia, maquinistas de trenes, etc.).

e) Afaquia bilateral sin lente intraocular.

Depende de la capacidad visual remanente.

Ej. 1: escasa agudeza visual en ambos ojos, incapacidad laboral del 70 %.

Ej. 2: buena agudeza visual en ambos ojos, se valorará por tabla de Sená.

Ej. 3: un ojo con escasa capacidad visual y el otro con aceptable capacidad visual considerar tabla de Sená y desempeño de tarea laboral.

En todos los casos de este punto la consulta en la tabla se realizará dividiendo por dos la agudeza visual tomada (como en el punto c).

f) Afaquia bilateral con lente intraocular.

La incapacidad laboral dependerá del remanente de la agudeza visual tomada en ambos ojos considerando la tabla de Sená.

CAMPO VISUAL

La valoración de la pérdida del campo visual debe realizarse una vez garantizada la mayor agudeza visual posible, con corrección, si fuera necesario.

La actividad laboral decide la mayor o menor importancia de la evaluación campimétrica.

En aquellas actividades donde sea indispensable un óptimo campo visual periférico se tomará como tal el campo visual de 500° (8 cuadrantes x 60° aproximadamente).

Por ej.: aviadores, conductores de micros de pasajeros, conductores de camiones de más de 4 toneladas.

Los demás casos están comprendidos en un campo visual de 320° (es decir 8 cuadrantes de 40°).

Obtenido el gráfico de la campimetría, se suman los grados de los 8 meridianos y se divide por 320 (total de gados de campo visual normal para cada ojo), o 500 si se refiere a los casos especiales mencionados.

Por ej.: (8x30°)= 240° de preservación del C.V.

240 dividido 320 = 0,75 que expresa el 75 % del campo visual preservado.

Por lo tanto, pérdida del campo visual de ese ojo = 25 %.

La pérdida del 25 % de la capacidad visual de ese ojo por el índice 0,25 expresa la pérdida de capacidad de la T.O. 25 % x 0,25 = 6,25 T.O. (por deterioro del campo visual de un ojo).

Para el cálculo del porcentaje de la pérdida del campo visual de ambos ojos se procede de la misma manera, es decir:

1.- se calcula la pérdida del campo visual de cada uno de ellos por separado,

2.- luego, se suman y al resultado se lo multiplica por 1,5 obteniéndose así la incapacidad total atribuible a la pérdida del campo visual bilateral.

Por ej.: si a la pérdida del ejemplo anterior, de 6,25 T.O. para el ojo izquierdo, le agregamos un 6,25 % del ojo derecho, tendremos:

(O.I. 6,25 + O.D. 6,25) x 1,5 = 12,5 x 1,5 = 18,75 T.O.

por deterioro de la capacidad visual bilateral, por alteración del campo visual.

En resumen, si la agudeza visual es adecuada y el campo visual está afectado, la incapacidad visual estará determinada por el cálculo de la pérdida del campo visual.

Si la agudeza visual está comprometida, al porcentaje de pérdida del campo visual, deberá agregársele el originado por la primera.

Por ej.: % Perd. campo visual bilateral - 18,75 T.O.

Agudeza visual ojo derecho 0,8

Agudeza visual ojo izquierdo 0,6

Se remite a la tabla de Sená = 10 % por déficit de agudeza visual.

Incapacidad global visual: para su determinación se procede de acuerdo al cálculo de la capacidad restante.

Pérdida del campo visual bilateral	= 18,75 %
Pérdida por agudeza visual 10 % (sobre 81,25 %)	= 8,125 %
Incapacidad total del aparato visual	= 26,87 %

Cuando la afección del campo visual sea predominantemente inferior, al total (% de pérdida del campo visual uni o bilateral), se le adicionará un 10 %.

Toda otra afección del aparato visual se evaluará de acuerdo a la alteración de la agudeza visual y/o campos visuales.

DIPLOPIA

Central: en la mirada directo hacia adelante

Inferior: en la mirada directo hacia abajo

En ambos casos se entiende con directo, que no hay desviación lateral de la vista. Cuando se evidencia cualquiera de las dos, se habla de Diplopía total (para poder desempeñarse tiene que taparse un ojo).

Diplopía total se valora igual que un monocular, y se considerará según la edad y el tiempo de evolución, determinando una incapacidad del 10-30 %

Otras lesiones (no congénitas):

Oftalmoplejía interna total, unilateral (acomodación)	10-15 %
Oftalmoplejía interna total, bilateral	15-30 %
Midriasis y lesiones del iris cuando ocasionan trastornos funcionales, unilateral	5 %
Midriasis y lesiones del iris, bilateral	10 %
Ptosis palpebral, pupila descubierta	5 %
Ptosis palpebral o blefaroespasmo, pupila cubierta de acuerdo a agudeza visual en posición primaria (mirada de frente) unilateral	10-30
bilateral	70 %
Deformaciones palpebrales unilaterales	5-15 %
bilaterales	10-25 %
Epífora	5-15 %
Fístulas lagrimales unilaterales	10 %
bilaterales	30 %

Estos porcentajes referidos a T.O. deberán sumarse a los originados por otra patología visual.

GARGANTA, NARIZ Y OIDO

Las patologías que motivan con mayor frecuencia la solicitud de evaluación de una incapacidad laboral a esta especialidad se refieren a la alteración de la audición y del equilibrio.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico: Otorrinolaringológico
Neurológico (eventualmente)

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC, RMN

Electrofisiológicos: Audiometría, Logoaudiometría, Electronistagmografía, Potenciales evocados

Patologías evaluables

a) Oído: vestibulares y laberínticos
auditivos: perceptivas
mixtas

b) Rinosinusal

c) Laringea y traqueal

d) Glándulas salivales

a) Oído:

Trastornos vestibulares y laberínticos

VERTIGO

En la evaluación del vértigo se considerarán las alteraciones producidas por lesiones del aparato vestibular, laberinto y de sus vías.

LESIONES DEL LABERINTO Y VESTIBULO

La persona subjetivamente siente vértigo acompañado o no de otros síntomas de tipo neurovegetativo (ej.: náuseas, vómitos).

El origen de la lesión puede ser uni o bilateral. Cuando es unilateral el equilibrio suele restablecerse, por efecto compensador del vestíbulo sano.

Cuando es bilateral se puede esperar una compensación por mecanismos visuales y de la sensibilidad profunda.

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA PERDIDA DE LA TOTAL OBRERA A CONSECUENCIA DE UN DAÑO POR VERTIGO VESTIBULAR

Estadio I	La persona siente vértigo.	
	Electronistagmograma: respuestas normales.	
	Coordinación: vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal compatibles con ambulación normal.	0-5 %
Estadio II	La persona siente vértigo.	
	Electronistagmograma: respuestas anormales.	
	Coordinación: vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal compatibles con ambulación normal.	5-15 %
Estadio III	La persona siente vértigo.	
	Electronistagmograma: respuestas anormales.	
	Coordinación: vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal compatibles con ambulación inestable, sin riesgo para sí o terceros.	15-35 %
Estadio IV	La persona siente vértigo.	
	Electronistagmograma: respuestas anormales.	
	Coordinación: vestíbulo-espinal y cerebelo-espinal, la ambulación es inestable, con riesgo para sí o para terceros	35-70 %

Cuando a la alteración del equilibrio se le agregue una disminución de la agudeza auditiva, ésta también será evaluada.

Trastornos auditivos

Simbología

dB: decibel, medida de intensidad de sonido

Hz: Herz, un Herz equivale a un ciclo por segundo

kHz: kilohertz

color rojo: Oído derecho

color azul: Oído izquierdo

o: audición aérea oído derecho

x: audición aérea oído izquierdo

>: audición ósea oído izquierdo

<: audición ósea oído derecho

Evaluación de la audición

Se efectuará la medición de la audición con un audiómetro con el paciente en cámara sonoamortiguada previo examen otoscópico con el objeto de descartar tapones ceruminosos o perforaciones timpánicas.
Se medirá la pérdida auditiva por vía aérea y vía ósea en las frecuencias 500, 1.000, 2.000, 4.000 ciclos por segundo.
Se deberán realizar dos exámenes audiométricos separados por una semana, con reposo de ambiente ruidoso de dieciséis horas, efectuados por fonoaudiólogo con supervisión del especialista. En caso de no obtener curvas audiométricas confiables se solicitará examen de Potenciales Evocados Auditivos y Audiometria por Potenciales Evocados.
Todos los exámenes audiométricos se completarán con examen Logoaudiométrico y Pruebas para descartar simulación (Ej. Test Lombard).
Se efectuará prueba de reclutamiento (S.I.S.I.) con objeto de diagnosticar daño coclear (trauma acústico).

CALCULO PERDIDA AUDITIVA MONOAURAL

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000. La suma obtenida se traslada a la tabla donde se convierte en porcentaje de pérdida auditiva.

CALCULO PERDIDA AUDITIVA BILATERAL

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 de cada oído y se lo traslada a la tabla de la A.M.A./84 - A.A.O MAY/79.
En esta Tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor oído y en su eje vertical el peor; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicha pérdida multiplicada por 0.42 da como resultado pérdida de la Total Obrera.

HIPOACUSIAS PROFUNDAS

Hipoacúsico profundo con fonación reeducada y labio-lectura	45 % T.O.
Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada y con labio-lectura	50 % T.O.
Hipoacúsico profundo sin fonación reeducada y sin labio-lectura	80 % T.O.

PERDIDA AUDITIVA MONOAURAL

SD	%	SD	%
100	0.0	240	52.5
105	1.9	245	54.4
110	3.8	250	56.2
115	5.6	255	58.1
120	7.5	260	60.0
125	9.4	265	61.9
130	11.2	270	63.8
135	13.1	275	65.6
140	15.0	280	67.5
145	16.9	285	69.3
150	18.8	290	71.2
155	20.6	295	73.1
160	22.5	300	75.0
165	24.4	305	76.9
170	26.2	310	78.8
175	28.1	315	80.6
180	30.0	320	82.5
185	31.9	325	84.4
190	33.8	330	86.2
195	35.6	335	88.1
200	37.5	340	90.0
205	39.4	345	90.9
210	41.2	350	93.8
215	43.1	355	95.6
220	45.0	360	97.5
225	46.9	365	99.4
230	48.9	370 o mayor	100.0
235	50.6		

En caso de no contar con la Tabla de la AMA., se puede determinar el porcentaje de pérdida de la T.O. por alteración auditiva uni o bilateral, con la siguiente fórmula:

$$\frac{(\%\ \text{Oido mejor x 5}) + (\%\ \text{Oido peor x 1})}{6} \times 0{,}5 = \text{T.O.}$$

Tabla de la American Academy of Otolaryngology (A. A. O.), 1979
homologada por la American Medical Association (A. M. A.) en 1984

Total Obrera = cifra obtenida x 0,42

1969

Peor oído (Suma de 500. 1.000. 2.000 y 4.000 Hz)

	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360	365	368
100	0
105	0.3	1.9
110	0.6	2.2	3.8
115	0.9	2.5	4.1	5.6
120	1.3	2.8	4.4	5.9	7.5
125	1.6	3.1	4.7	6.3	7.8	9.4
130	1.9	3.4	5.0	6.6	8.1	9.7	11.3
135	2.2	3.8	5.3	6.9	8.4	10.0	11.6	13.1
140	2.5	4.1	5.6	7.2	8.8	10.3	11.9	13.4	15.0
145	2.8	4.4	5.9	7.5	9.1	10.6	12.2	13.8	15.3	16.9
150	3.1	4.7	6.3	7.8	9.4	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8
155	3.4	5.0	6.6	8.1	9.7	11.3	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6
160	3.8	5.3	6.9	8.4	10.0	11.6	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5
165	4.1	5.6	7.2	8.8	10.3	11.9	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4
170	4.4	5.9	7.5	9.1	10.6	12.2	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3
175	4.7	6.3	7.8	9.4	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1
180	5.0	6.6	8.1	9.7	11.3	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0
185	5.3	6.9	8.4	10.0	11.6	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9
190	5.6	7.2	8.8	10.3	11.9	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.0
195	5.9	7.5	9.1	10.6	12.2	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.8	29.4	30.9	32.5	34.1	35.6
200	6.3	7.8	9.4	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5
205	6.6	8.1	9.7	11.3	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.1	34.7	36.3	37.8	39.4
210	6.9	8.4	10.0	11.6	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.1
215	7.2	8.8	10.3	11.9	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.3	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1
220	7.5	9.1	10.6	12.2	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.9	29.4	30.9	32.5	34.1	35.6	37.2	38.8	40.3	41.9	43.4	45.0
225	7.8	9.4	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9
230	8.1	9.7	11.3	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.1	34.7	36.3	37.8	39.4	40.9	42.5	44.1	45.6	47.2	48.8
235	8.4	10.0	11.6	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.3	42.8	44.4	45.9	47.5	49.1	50.6
240	8.8	10.3	11.9	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.3	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1	44.7	46.3	47.8	49.4	50.9	52.5
245	9.1	10.6	12.2	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.8	29.4	30.9	32.5	34.1	35.6	37.2	38.8	40.3	41.9	43.4	45.0	46.6	48.1	49.7	51.3	52.8	54.4
250	9.4	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.7	48.4	50.0	51.6	53.1	54.7	56.3
255	9.7	11.3	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.7	34.7	36.3	37.8	39.4	40.9	42.5	44.1	45.6	47.2	48.8	50.3	51.9	53.4	55.0	56.6	58.1
260	10.0	11.6	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.3	42.8	44.4	45.9	47.5	49.1	50.6	52.2	53.8	55.3	56.9	58.4	60.0
265	10.3	11.9	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.3	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1	44.7	46.3	47.8	49.4	50.9	52.5	54.1	55.6	57.2	58.8	60.3	61.9
270	10.6	12.2	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.8	29.4	30.9	32.5	34.3	35.6	37.2	38.8	40.3	41.9	43.4	45.0	46.6	48.1	49.7	51.3	52.8	54.4	55.9	57.5	59.1	60.6	62.2	63.8
275	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9	48.4	50.0	51.6	53.1	54.7	56.3	57.8	59.4	60.9	62.5	64.1	65.6
280	11.3	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.1	34.7	36.3	37.8	39.4	40.9	42.5	44.1	45.6	47.2	48.8	50.3	51.9	53.4	55.0	56.6	58.1	59.7	61.3	62.8	64.4	65.9	67.5
285	11.6	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.3	42.8	44.4	45.9	47.5	49.1	50.6	52.2	53.8	55.3	56.9	58.4	60.0	61.6	63.1	64.7	66.3	67.8	69.4
290	11.8	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.5	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1	44.7	46.3	47.8	49.4	50.9	52.5	54.1	55.6	57.2	58.8	60.3	61.9	63.4	65.0	66.6	68.1	69.7	71.3
295	12.2	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.8	29.4	30.9	32.5	34.1	35.6	37.2	38.8	40.3	41.9	43.4	45.0	46.6	48.1	49.7	51.3	52.8	54.4	55.9	57.5	59.1	60.6	62.2	63.8	65.3	66.9	68.4	70.0	71.6	73.1
300	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9	48.4	50.0	51.6	53.1	54.7	56.3	57.8	59.4	60.9	62.5	64.1	65.6	67.2	68.8	70.3	71.9	73.4	75.0
305	12.8	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.1	34.7	36.3	37.8	39.4	40.9	42.5	44.1	45.6	47.2	48.8	50.3	51.9	53.4	55.0	56.6	58.1	59.7	61.3	62.8	64.4	65.9	67.5	69.1	70.6	72.2	73.8	75.3	76.9
310	13.1	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.3	42.8	44.4	45.9	47.5	49.1	50.6	52.2	53.8	55.3	56.9	58.4	60.0	61.6	63.1	64.7	66.3	67.8	69.4	70.9	72.5	74.1	75.6	77.2	78.8
315	13.4	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.3	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1	44.7	46.3	47.8	49.4	50.9	52.5	54.1	55.6	57.2	58.8	60.3	61.9	63.4	65.0	66.6	68.1	69.7	71.3	72.8	74.4	75.9	77.5	79.1	80.6
320	13.8	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.8	29.4	30.9	32.5	34.1	35.6	37.2	38.8	40.3	41.9	43.4	45.0	46.6	48.1	49.7	51.3	52.8	54.4	55.9	57.5	59.1	60.6	62.2	63.8	65.3	66.9	68.4	70.0	71.6	73.1	74.7	76.3	77.8	79.4	80.9	82.5
325	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9	48.4	50.0	51.6	53.1	54.7	56.3	57.8	59.4	60.9	62.5	64.1	65.6	67.2	68.8	70.3	71.9	73.4	75.0	76.6	78.1	79.7	81.3	82.8	84.4
330	14.4	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.1	34.7	36.3	37.8	39.4	40.9	42.5	44.1	45.6	47.2	48.8	50.3	51.9	53.4	55.0	56.6	58.1	59.7	61.3	62.8	64.4	65.9	67.5	69.1	70.6	72.2	73.8	75.3	76.9	78.4	80.0	81.6	83.1	84.7	86.3
335	14.7	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.3	42.8	44.4	45.9	47.5	49.1	50.6	52.2	53.7	55.3	56.9	58.4	60.0	61.6	63.1	64.7	66.3	67.8	69.4	70.9	72.5	74.1	75.6	77.2	78.8	80.3	81.9	83.4	85.0	86.6	88.1
340	15.0	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.3	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1	44.7	46.3	47.8	49.4	50.9	52.5	54.0	55.6	57.2	58.8	60.3	61.9	63.4	65.0	66.6	68.1	69.7	71.3	72.8	74.4	75.9	77.5	79.1	80.6	82.2	83.8	85.3	86.9	88.4	90.0
345	15.3	16.9	18.4	20.0	21.6	23.1	24.7	26.3	27.8	29.4	30.9	32.5	34.1	35.6	37.2	38.7	40.3	41.9	43.4	45.0	46.6	48.1	49.7	51.3	52.8	54.4	55.9	57.5	59.1	60.6	62.2	63.8	65.3	66.9	68.4	70.0	71.6	73.1	74.7	76.3	77.8	79.4	80.9	82.5	84.1	85.6	87.2	88.8	90.3	91.9
350	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9	48.4	50.0	51.6	53.1	54.7	56.3	57.8	59.4	60.9	62.5	64.1	65.6	67.2	68.9	70.3	71.9	73.4	75.0	76.6	78.1	79.7	81.3	82.8	84.4	85.9	87.5	89.1	90.6	92.2	93.8
355	15.9	17.5	19.1	20.6	22.2	23.8	25.3	26.9	28.4	30.0	31.6	33.1	34.7	36.3	37.8	39.4	40.9	42.5	44.1	45.6	47.2	48.8	50.3	51.9	53.4	55.0	56.6	58.1	59.7	61.3	62.8	64.4	65.9	67.5	69.1	70.6	72.2	73.7	75.3	76.9	78.4	80.0	81.6	83.1	84.7	86.3	87.8	89.4	90.9	92.5	94.1	95.6
360	16.3	17.8	19.4	20.9	22.5	24.1	25.6	27.2	28.8	30.3	31.9	33.4	35.0	36.6	38.1	39.7	41.3	42.8	44.4	45.9	47.5	49.1	50.6	52.2	53.8	55.3	56.9	58.4	60.0	61.6	63.1	64.7	66.3	67.8	69.4	70.9	72.5	74.1	75.6	77.2	78.8	80.3	81.9	83.4	85.0	86.6	88.1	89.7	91.3	92.8	94.4	95.9	97.5
365	16.6	18.1	19.7	21.3	22.8	24.4	25.9	27.5	29.1	30.6	32.2	33.8	35.3	36.9	38.4	40.0	41.6	43.1	44.7	46.3	47.8	49.4	50.9	52.5	54.1	55.6	57.2	58.8	60.3	61.9	63.4	65.0	66.6	68.1	69.7	71.3	72.8	74.4	75.9	77.5	79.1	80.6	82.2	83.8	85.3	86.9	88.4	90.0	91.6	93.1	94.7	96.3	97.8	99.4
368	16.8	18.3	19.9	21.4	23.0	24.6	26.2	27.7	29.3	30.8	32.4	33.9	35.5	37.1	38.6	40.2	41.8	43.3	44.9	46.4	48.0	49.6	51.1	52.7	54.3	55.8	57.4	59.1	60.5	62.1	63.6	65.2	66.8	68.3	69.9	71.4	73.0	74.6	76.1	77.7	79.3	80.8	82.4	83.9	85.5	87.1	88.6	90.2	91.8	93.3	94.9	96.4	98.0	99.8	100

Peor oído (Suma de 500. 1.000. 2.000 y 4.000 Hz)

ANSI
1969

Mejor oído (Suma de 500. 1.000. 2.000 y 4.000 Hz)

Mejor oído (Suma de 500. 1.000. 2.000 y 4.000 Hz)

b) Rinosinusal

OLFATO Y GUSTO

Pérdida total del olfato (anosmia)	3 % T.O.
Pérdida total del gusto (ageucia)	3 % T.O.

Se tendrán en cuenta los casos de excepción evaluables según lo establecen estas Normas a fs. 5.

NARIZ Y SENOS PARANASALES

Sinusistis alérgica:	0 % T.O.
Tumoral - benigna:	5 - 10 % T.O.
- maligna: se evaluará cumplidas todas las medidas terapéuticas que corresponderán, acorde a secuela orgánica y/o repercusión funcional.	

c) Laríngea y traqueal

HABLA

Pérdida del Habla
La afectación del habla puede estar determinada por lesiones de origen neurológico, del aparato de la fonación y/o de orden psíquico. En este capítulo se evaluarán aquellas que se producen en los órganos de emisión de la voz. Las otras serán valoradas por las respectivas especialidades.
Se tendrán en cuenta: el volumen de la voz, la articulación y claridad de la palabra y la posibilidad de mantener un diálogo.

Evaluación:

ESTADIO I: tiene suficiente volumen de voz, buena articulación, claridad en el discurso, y mantiene un diálogo fluido 0 %

ESTADIO II: tiene volumen de voz levemente disminuido y/o articulación levemente afectada, y/o discurso discretamente alterado. Se lo entiende con cierta dificultad en ambientes ruidosos 5-15 %

ESTADIO III: volumen de voz moderadamente disminuido y/o articulación moderadamente afectada y/o discurso moderadamente alterado. Se lo entiende con dificultad en ambientes ruidosos; repite para aclarar su discurso 15-35 %

ESTADIO IV: volumen de voz muy disminuido, con dificultad para hacerse oír y/o articulación muy afectada que requiere repeticiones y/o discurso dificultoso de seguir hasta 70 %

ESTADIO V: susurra, balbucea palabras sueltas o sin voz 70-100 %

Pérdida del lenguaje en %	Pérdida del lenguaje en T.O.
0	0
5	2
10	4
15	5
20	7
25	9
30	10
35	12
40	14
45	16
50	18
55	19
60	21
65	23
70	24
75	26
80	28
85	30
90	32
95	33
100	35

CUERDAS VOCALES

a) Paresia recurrencial unilateral: se evaluará de acuerdo al compromiso de la voz.

b) Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción leve: ídem.

c) Paresia recurrencial bilateral con espirometría de obstrucción moderada o severa: se evaluarán de acuerdo al compromiso de la voz y a la repercusión funcional respiratoria.

TUMORES DE LARINGE

a) Inflamatorio y/o benigno: 0 %
b) Neoplásico inextirpable: y/o con fracaso terapéutico 70 %
c) Neoplásico extirpable y/o con buena evolución post-terapéutica se evaluará de acuerdo a secuela orgánica y funcional.

LARINGECTOMIA

a) Laringectomía parcial con evolución superior a dos años: acorde a secuela orgánica y alteración de la voz
b) Laringectomía total: 70 %

TRAQUEOSTOMIAS

a) Temporales: se evaluarán una vez resuelta la patología de origen
b) Permanentes: 70 %

d) Glándulas salivales

a) Afecciones inflamatorias crónicas (ej. Sjögren) evaluar de acuerdo a compromiso sistémico, "per se" no son incapacitantes.
b) Tumores:
benignos: evaluables según secuela y repercusión funcional (ej.: Parálisis facial residual)
malignos: Extirpables y/o con buena respuesta al tratamiento, se evalúan de acuerdo a secuelas
No extirpables y/o con mala respuesta al tratamiento y/o con metástasis: 70 %

SANGRE

El sistema hematopoyético, presente en todo el organismo, es complejo y polimorfo. Sus afecciones determinan distintos compromisos orgánicos y repercusión funcional. Pueden ser focalizadas o generalizadas, limitadas a un componente del sistema o afectar a varios.

Las medidas terapéuticas actuales permiten obtener distintas respuestas dependiendo las mismas de:

- Genio de la afección en cuestión
- Oportunidad de inicio del tratamiento
- Susceptibilidad del afectado

Por lo tanto, para la evaluación de las incapacidades se tendrá en cuenta no sólo la etiología de la afección, sino también el tiempo de evolución, el tipo de tratamiento, la respuesta al mismo y la posibilidad de seguimiento (esquemas poliquimioterápicos cumplidos y/o agotados).

Se pondrá énfasis en el estado clínico-hematológico en el momento del examen y su incidencia para el desenvolvimiento, con mayor o menor esfuerzo, de sus tareas laborales.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis
Examen físico
Laboratorio: general
Hematológico: Hemograma con recuento de plaquetas, Frotis de sangre periférica, Corrida electroforética de hemoglobinas, Metabolismo del Fe, Punción médula ósea, Estudio completo de coagulación.

Diagnóstico por imágenes: Rx, TC, RMN, Centellograma, Eco
Biopsias: ganglionar, hepática ...

Afecciones evaluables
Primarias: a) Sistema Retículo Endotelial
b) Serie Roja
c) Serie Blanca
d) Hemostasia

Secundarias

Respecto de las afecciones secundarias, las mismas, originadas en otros órganos, tienen expresión similar a algunas patologías hematológicas. Se evaluarán por su etiología y su repercusión en este sistema.

Primarias

a) Sistema Retículo Endotelial

Es el encargado de la defensa del organismo por medio de la fagocitosis, los anticuerpos humorales y la mediada por células. Además, da origen a los elementos formes de la sangre.

MIELOMA: POLIOSTOTICO: 70 %
MONOSTOTICO: 5-70 %
Teniendo en cuenta:
a.- Localización de la lesión (hueso corto-calota-esternón-costillas-columna-huesos largos de sostén ilíacos).
b.- La respuesta al tratamiento y tiempo de evolución.
c.- Compromiso renal.

GAMMAPATIA MONOCLONAL BENIGNA:

Con para-proteína, con infiltración medular sin signos de progresión de enfermedad 5 %

HIPOPLASIA Y APLASIA

a) Leves: 0 %
b) Moderadas: 5 - 30 %
c) Severas: cuando existe supresión de más de 70 % del tejido hematopoyético: 70 %
Leve: hipofunción medular del 10 %, sangre periférica normal.
Moderada: hipofunción medular del 20-40 %, anemia crónica.

MIELOFIBROSIS

Evaluar según repercusión hasta 70 %

ESPLENECTOMIA

Evaluar según repercusión infecciosa recurrente.

HIPERESPLENISMO

Evaluar la patología de origen y su repercusión en las distintas series hemáticas.
b) Serie Roja

ANEMIAS CRONICAS:

Se habla de anemia crónica severa, independientemente de su etiología, en los casos en los cuales, con las medidas terapéuticas, no se puede mantener el hematocrito por arriba del 27 % y la hemoglobina por arriba de 7 gr. Se tendrá en cuenta la adaptación a estos valores y el origen de dicho trastorno para el cálculo de la incapacidad global.

a) Primarias:

Microesferocítica 5 %
Talasemia mínima y menor: 0 %
Talasemia mayor: 70 %
Talasemia intermedia: incapacidad variable de acuerdo a la evolución clínica (ver hemolíticas).
Hemolíticas: se evaluarán según respondan al tratamiento: las que responden 1-5 %
las que no responden 70 %
(cuando cumplido el tratamiento mantengan valores de hemoglobina por debajo de los 7gr, aún habiendo sido politransfundido).

b) Secundarias:
Se deberá evaluar la causa de origen.

POLICITEMIAS
a) Primarias: relativas y absolutas.

POLICITEMIA POR STRESS (relativa):

Disminución del volumen plasmático, en general no reviste carácter incapacitante.

POLICITEMIA VERA (absoluta): se determina grado de incapacidad de acuerdo a los niveles de la masa eritrocitaria.

1 - Con nivel superior a 19 gr. de hemoglobina o más de 60 % de hematocrito	
a) Si responde al tratamiento	30-40 %
b) Si no responde al tratamiento médico y las sangrías son frecuentes (una a dos por mes):	70 %
2 - Por debajo de esos valores, si responde al tratamiento médico y las sangrías son espaciadas (una a dos por semestre):	10-20 %

Frecuentemente se acompañan de alteraciones de la irrigación a nivel periférico, cardíaco y cerebral (por hiperviscosidad y fenómenos trombóticos). Asimismo, se evaluarán alteraciones a nivel de la perfusión pulmonar.

b) Secundarias:

POLIGLOBULIAS SECUNDARIAS: deberán evaluarse las causas etiológicas (cardiológicas, pulmonares, renales).

c) Serie Blanca

NEUTROPENIA SEVERA IDIOPATICA CON POLIMORFONUCLEARES MENOR 1000:

No responde al tratamiento:	70 %
Responde al tratamiento:	10-20 %

LEUCEMIAS

1) Agudas: 30-70 %

Dependerá la evaluación acorde al tipo de Leucemia (Mieloide o Linfoide), al genio de la enfermedad, al tiempo de evolución, al tratamiento y la respuesta al mismo, recaídas, posibilidad o no de transplante.

2) Crónicas:

a) Leucemias Linfáticas:

Estadios I y II:	1-5 %
Estadios III y IV:	30-70 %

Se remite a lo comentado para las Leucemias agudas.

Tener en cuenta la clasificación empleada, ya que existen varias. Como ejemplo y guía se consignan las de RAI y del International LLC Workshop que tienen en cuenta la estadificación clínica y evaluación pronóstica:

Clasificación de RAI y colaboradores (1975):

Estadio 0: Linfocitosis periférica mayor de 15.000 por milimetro cúbico e infiltración linfática medular mayor del 40 % de linfocitos maduros, sin adenovisceromegalias, sin anemia, sin trombocitopenia.

Estadio I: Sangre y médula ósea similar al estadio 0, más agrandamiento ganglionar.

Estadio II: Sangre y médula ósea similar al estadio 0 ó I, con agregado de esplenomegalia y/o hepatomegalia. Los ganglios linfáticos pueden o no estar agrandados.

Estadio III: Sangre y médula ósea similar al estadio 0, I ó II, más anemia (hemoglobina menor de 11 gr. % y hematocrito menor de 33 %). Los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado pueden o no estar agrandados.

Estadio IV: Sangre y médula ósea igual al estadio 0, I, II ó III con al agregado de trombocitopenia (número de plaquetas menor de 100.000 por milimetro cúbico). La anemia, las adenopatías y las organomegalias pueden o no estar presentes.

Clasificación del International LLC Workshop:

Establece una estadificación de 0 a 10, para lo que adjudica un punto a los siguientes valores: edad mayor de 60 años, más de tres territorios ganglionares comprometidos, esplenomegalia menor de 10 cms.

Dos puntos a los siguientes valores: esplenomegalia mayor de 10 cms., Linfocitosis mayor de 50.000, hemoglobina menor de 11 gr. %, trombocitopenia menor de 100.000.

b) Leucemias Mieloides: acorde a evolución

Sin crisis blásticas:	hasta 40 %
Con crisis blásticas	70 %
c) Leucemia a células vellosas:	70 %

LINFOMAS

Deberá tenerse en cuenta la estadificación y el agrupamiento en HODGKIN Y NO HODGKIN.

Estadio I:

Compromiso de una sola región linfática (ganglios, bazo, timo, anillo de Waldeyer, placas de Peyer) o de un solo órgano o sitio extralinfático (I-E).

Estadio II:

Compromiso de dos o más regiones linfáticas en un mismo lado del diafragma.

Puede acompañarse de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (II-E).

Estadio III:

Compromiso de regiones linfáticas en ambos lados del diafragma, lo cual puede también ser acompañado de compromiso localizado por contigüidad de un órgano o sitio extralinfático (III-E), o de ambas estructuras (III-ES).

Estadio IV:

Afección difusa o diseminada de uno o más órganos o sitios extralinfáticos sin relación de contigüidad con regiones ganglionares comprometidas o sin ellas.

LINFOMA HODGKIN

Clasificación morfológica de los linfomas Hodgkin

a) Predominio linfocitario:

Linfocitos maduros con algunos histiocitos, escasas células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio temprano.

b) Esclerosis nodular:

Tejido linfoide con bandas de tejido colágeno. Pueden estar ausentes las células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio temprano.

c) Celularidad mixta:

Pleomorfo (linfocitos, células plasmáticas, etc.) con abundantes células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio avanzado.

d) Depleción linfocitaria:

Pocos linfocitos maduros, más abundantes los histiocitos, fibrosis.

Frecuentes células de Reed-Sternberg. Suele ser un estadio avanzado.

Estadios I y II	5 %
Estadios III y IV de acuerdo a la subdivisión en grupos:	
a) Ausencia de signología general	10-30 %
b) Con signología general (pérdida de peso superior al 10 % en los últimos 6 meses, fiebre inexplicada con temperatura superior a 38°, hipercrinia), acorde a respuesta al tratamiento	hasta 70 %

LINFOMAS NO HODGKIN

Clasificación morfológica según el National Cancer Institute

BAJO GRADO

a) Linfoma maligno (linfocítico o células pequeñas coincidente con leucemia linfocítica crónica plasmocitoide).

b) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células pequeñas hendidas, áreas difusas, esclerosis).

c) Linfoma maligno folicular (mixto, células pequeñas hendidas y células grandes, áreas difusas, esclerosis).

GRADO INTERMEDIO

d) Linfoma maligno folicular (predominantemente a células grandes, áreas difusas, esclerosis).

e) Linfoma maligno difuso (células pequeñas, hendidas, esclerosis)

f) Linfoma maligno difuso (mixto, células pequeñas y grandes, esclerosis, componentes celular epiteloide).

g) Linfoma maligno difuso (células grandes, células hendidas, células no hendidas, esclerosis).

ALTO GRADO

h) Linfoma maligno (células grandes, inmunoblástico, plasmocitoide, células claras, polimorfo, componente celular epiteloide).

i) Linfoma maligno (linfoblástico, células cerebriformes, células no cerebriformes).

j) Linfoma maligno (células pequeñas no hendidas, Burkitt, áreas foliculares).

MISCELANEAS

Compuesto.

Micosis fungoide (ver capítulo de Piel).

Histiocítico.

Plasmocitoma extramedular.

Inclasificable.

Otros.

De alto grado de malignidad con remisión post-tratamiento:	5-10 %
De alto grado de malignidad con recidiva:	70 %
De bajo grado de malignidad:	1-5 %
De grado intermedio de malignidad: la incapacidad es variable de acuerdo con el estado clínico general, tiempo de evolución de la enfermedad y respuesta al tratamiento:	5-70 %

CRITERIOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

a) Remisión completa: desaparición de todos los síntomas de enfermedad, además del retorno a la normalidad de los signos físicos, parámetros bioquímicos y radiológicos e histopatología ósea y hepática.

b) Remisión parcial: reducción en más del 50 % de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.

c) Respuesta mínima: reducción en menos del 50 % de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones medibles.

d) Fracaso de la inducción (refractariedad): pacientes que fallaron en responder a la terapia desde el principio o pacientes que responden inicialmente pero que desarrollan progresión o estancamiento de la enfermedad mientras permanecen en tratamiento.

e) Recaída: aparición de manifestaciones de enfermedad luego de haber obtenido remisión completa.

La recaída puede ser:

Marginal: Inmediatamente adyacente a los campos tratados.

Local: En un área previamente tratada.

Regional: En un área fuera de la tratada pero confinada a una zona del mismo lado del diafragma.

Transdiafragmática: En ganglios linfáticos y/o bazo pero del lado del diafragma contrario al de origen.

Extranodal: Aparición de enfermedad en sitios extraganglionares o extraesplénicos.

d) Hemostasia

Alteraciones de los factores de coagulación

HEMOFILIA: se consideran dos grupos de pacientes:

a. - Hemofilia severa	70 %
b. - Hemofilia leve o moderada	hasta 40 %

El compromiso articular, de existir, debe ser evaluado por Ortopedia.

La inclusión en uno u otro grupo, se realizará en base a una certificación expresa del Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina o de Fundación de la Hemofilia (inclusive por intermedio de sus Delegaciones en el interior del país).

Desde el punto de vista práctico y general ha sido convenido con las Instituciones citadas, reconocer como Hemofilia Severa a aquella que en los adultos ha determinado la aparición de secuelas articulares importantes.

En caso de tener que evaluar a niños o jóvenes (pensiones no contributivas o pedidos especiales de otras Instituciones u Organismos), deberá tenerse en cuenta la clasificación de SEVERA Y MODERADA o LEVE, según fuera consignado precedentemente, ya que en estos casos, puede que no existan secuelas por haber mantenido tratamiento profiláctico.

ENFEMEDAD DE VON WILLEBRAND (Anomalía primaria del Factor de Von Willebrand y/o alteración del Complejo Factor Activo Procoagulante del Factor VIII)

Se valorará con el mismo criterio que HEMOFILIA.

A) Severa.

B) Otras formas.

Alteración de las Plaquetas

PURPURAS

a) TROMBOCITOPENICA:

Púrpura trombocitopénica con o sin esplenectomía	5 %

b) NO TROMBOCITOPENICA:

Si presentan cuadros hemorrágicos reiterados con afectación variable del órgano afectado, la incapacidad será evaluada de acuerdo al compromiso del órgano dañado	hasta 70 %
Enfermedad de Rendú Osler (salvo complicaciones severas)	5-30 %

TROMBOCITOSIS

ESENCIAL:

Se evaluará de acuerdo a la repercusión orgánica producida por trombosis.

GLANDULAS DE SECRECION INTERNA

Las afecciones originadas en las glándulas de secreción interna, orgánicas o funcionales, que motivan con mayor frecuencia la solicitud de evaluación de incapacidad, son: la Diabetes y las disfunciones tiroideas.

PANCREAS

DIABETES

Para la valoración de la incapacidad originada por diabetes mellitus, se utilizarán como parámetros signos clínicos y exámenes complementarios que por su sencillez, objetividad y eficacia, presten sustento claro e inobjetable a dicha evaluación.

No se tendrán en cuenta síntomas subjetivos e imposibles de probar.

1. — Datos clínicos: tratamiento efectuado, manifestaciones neurológicas periféricas que indiquen probabilidad o certeza de polineuritis, presencia o ausencia de edemas, detección de vasculopatía arterial periférica o central, así como cualquier otro signo clínico de trastorno orgánico derivado de esta enfermedad, y fondo de ojo.

2. — Exámenes Complementarios: determinación de valores sanguíneos de creatinina y urea, densidad y sedimento urinario, glucemia, hemoglobina glicosilada, electrocardiograma, retinofluoresceinografía, electromiogramas.

TABLA DE EVALUACION

ESTADIO I:

Diabetes tipo II que se compensa con dieta, o dieta e hipoglucemiantes orales, y que no presenta ningún trastorno orgánico demostrable 0 %

ESTADIO II:

Diabetes que requiera, además de la dieta, la administración de hipoglucemiantes o insulina en forma permanente, que no presenta ningún trastorno orgánico detectable 0-10 %

ESTADIO III:

Diabetes que requiera, además de la dieta, hipoglucemiantes orales o insulina, y presente signos mínimos a leves de repercusión orgánica: alteraciones sensitivas de los miembros inferiores sugestivas de polineuritis, y/o retinopatía grado I-II, y/o signos iniciales de vasculopatía periférica, pero sin alteraciones tróficas y/o elevación discreta de los valores de urea y creatinina en sangre, y/o eventualmente sospecha de isquemia de miocardio, con electrocardiograma que demostrase alteraciones inespecíficas o isquémicas mínimas 10-25 %

ESTADIO IV:

Cualquiera de los estadios anteriores, acompañado de: retinopatía grado II- III, y/o trastornos arteriopáticos periféricos con trastornos tróficos mínimos y/o polineuritis diabética moderada y/o cifras humorales moderadamente elevadas de urea o creatinina 25-40 %

ESTADIO V:

Cualquiera de los estadios anteriores, acompañado de repercusión severa en uno o más órganos: retinopatía grado III-IV, polineuritis marcada (mal perforante plantar, hipotrofia muscular, etc.), vasculopatías con alteraciones tróficas de importancia (amputaciones de varios dedos de los pies o más amplias, claudicación intermitente a menos de 25 metros con otros signos de isquemia, clínicos y/o demostrados por exámenes complementarios, etc.), insuficiencia renal severa con cifras de uremia y/o creatininemia marcadamente patológicas. 70 %

Se evaluará la repercusión orgánica, por los especialistas correspondientes a los órganos involucrados.

INSULINOMAS

Se evaluarán acorde a secuelas determinadas por el tratamiento.

TIROIDES

Los bocios se evaluarán de acuerdo a su funcionalismo (hipotiroidismo, eutiroidismo o hipertiroidismo). La mayoría son controlables medicamentosamente. Se examinará la posible repercusión en otros órganos (ej.: arritmias cardíacas del hipertiroidismo).

Nódulos Tiroideos

Se evaluarán de acuerdo a su histopatología y a su funcionalismo.

Tiroiditis

Se evaluarán según el grado de disfunción tiroidea que determinen.

Cáncer Tiroideo operado

Si no existe evidencia de persistencia post-tratamiento, recidiva, metástasis regionales (adenopatías) o a distancia:	0 %
Si la operación fue acompañada por una disección radical, se evaluará la posibilidad de secuelas o morbilidad atribuible a la operación (hipotiroidismo, hipoparatiroidismo o tetania paratiroideopriva controlable médicamente, lesión recurrencial y lesión estética):	30 %
Tumor persistente, o recidivado, o con metástasis regionales y/o a distancia:	70 %

HIPOFISIS

En la patología benigna de hipófisis sin signosintomatología	0 %
Con repercusión orgánica y/o funcional, se evaluará según el órgano comprometido.	

SUPRARRENAL

ENFERMEDAD DE ADDISON-INSUF. CORTICOSUPRARRENAL CRONICA

Compensada médicamente	hasta 20 %
Con signosintomatología florida no controlable	70 %

Se deberá investigar etiología.

SINDROME DE CUSHING

Compensados	hasta 20 %
Con manifestaciones clínicas y estudios complementarios significativos, no controlable	70 %

FEOCROMOCITOMA

Se evaluará acorde a secuelas post-tratamiento, extirpabilidad del tumor y repercusión cardiovascular.

HIPERALDOSTERONISMO (Síndrome de Conn)

Compensado	hasta 20 %

Con manifestaciones clínicas, se evaluará la repercusión cardiovascular.

Tumor unilateral operado: se evaluará según secuela.

PSIQUISMO

La labor del Perito Previsional es ardua y tanto más cuando ese Perito es Psiquiatra, pero sobre todo, cuando el mismo tiene que transmitir todo su saber y entender al médico no especialista en psiquiatría.

Se ha creído conveniente en esta Guía Evaluadora verter conceptos esclarecedores antes que un Baremo rígido y matemático de poca utilidad en tanto que, en esta disciplina, hay que valorar no sólo patología sino anormalidades de la personalidad y reacciones vivenciales anormales con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad en la que haya florecido.

Toda pericia exige del profesional actuante idoneidad (conocimientos teóricos acabados y experiencia clínica); tiempo, para examinar adecuadamente; responsabilidad y criterio para emitir un dictamen lo más justo posible, una cuota de astucia para corroborar la actitud de buena fe o la no poca frecuente simulación en sus diversas formas y una gran dosis de honestidad, sin la cual es imposible ejercitar esta función.

Una exhaustiva semiología psiquiátrica, un concienzudo análisis de los diagnósticos diferenciales, las pruebas psicométricas proyectivas y los perfiles de personalidad básica, facilitarán un acopio de información que orientará, siguiendo el normativo, la conducta previsional. Esta, en su *esencia no puede ni debe sustraerse de los conceptos de nuestras Leyes Previsionales* ni a la consideración del efecto anti-terapéutico de una jubilación en las Reacciones Vivenciales Anormales o Neurosis (K. Schneider).

La Psiquiatría Previsional, es cualitativamente diferente de la Psiquiatría Clínica. En su formación, el Perito debe incorporar el conocimiento de Leyes de Previsión, de enfermedades profesionales y su pronóstico, debe evaluar individualmente características de patología, relacionándolas con la edad del peticionante, su profesión específica y personalidad.

No basta con diagnosticar una Psicosis u otra entidad nosológica, como se verá al tratar cada una de las patologías, pues la duración, remisión o la irreversibilidad de los síntomas o sus secuelas tiene una consideración diferente en la elaboración de un dictamen previsional (que difiere mucho del criterio utilizado en la evaluación de un daño por un accidente de trabajo).

La actual Guía Evaluadora está pensada en función de especialistas en psiquiatría y de médicos generales, a fin de unificar criterios diagnósticos y usar la semiología psiquiátrica, que al igual que la clínica, es el parámetro menos discutible.

Se ha acentuado la descripción de los cuadros que tienen más importancia desde el punto de vista previsional, siguiendo la orientación clasificadora de la O.M.S. para adaptarla a la finalidad previsional de la misma en nuestro país.

Estos elementos más el estudio del Expediente, de las relaciones laborales, sus interrupciones y las pruebas aportadas ponen en evidencia una tarea compleja ajena al conocimiento del médico asistencial.

Las modificaciones incluidas en la presente Guía resumen años de experiencia previsional, una modernización del enfoque acorde con la situación actual del país y un conocimiento de la legislación laboral de países desarrollados, adaptadas a las necesidades del nuestro.

Con el fin de dar cumplimiento al artículo 49 inciso 2º de la ley 24.241, la Honorable Comisión Médica Honoraria reunida a tales fines acordó:

"Entiéndese por psicodiagnóstico al conjunto de entrevistas, consultas, tests y/u otros elementos complementarios de diagnóstico, realizados por médico psiquiatra, legista, clínico o especializado en psicología médica, que integre la Comisión Médica de acuerdo a su criterio.

Se considera al psicodiagnóstico como un elemento de diagnóstico médico que implica la identificación de la patología, tipo de personalidad, evaluación de inteligencia, determinación de todo otro tipo de deterioro psíquico, a los efectos de determinar las aptitudes del afiliado para capacitarse en otras tareas acordes a su minusvalía psicofísica".

Se adjunta un cuestionario guía para la orientación diagnóstica de las enfermedades psiquiátricas de interés previsional, el cual será confeccionado por los profesionales médicos de las Juntas Médicas Primarias.

MODELO:

CUESTIONARIO GUIA PARA LA ORIENTACION DIAGNOSTICA DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS DE INTERES PREVISIONAL

(a ser llenado por el profesional).

Expte.:

Actuación:

Lugar y Fecha.

1) DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre:

Edad: Nacionalidad:

Estado Civil: SM: CUMPLIDO MOTIVO:

SI NO

....

PROFESION:...

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: JUB.

PENSION

SUBSIDIOS

OTRO BENEFICIO

CAUSA DE CESE: ....

FECHA DE CESE: ....

2) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? BIEN

CON DIFICULTADES

NO APRENDIO

SIN INSTRUCCION

3) A PERSONAS CON INSTRUCCION PRIMARIA Y/O SECUNDARIA

¿HA REPETIDO GRADOS EN ESCUELA PRIMARIA

NO SI Cuáles y Cuántas veces ....

....

¿HA REPETIDO ALGUN AÑO EN ESCUELA SECUNDARIA?

NO SI Cuáles y Cuántas veces ....

....

4) ¿HA APRENDIDO EL MANEJO DEL DINERO?:

CORRECTAMENTE

CON DIFICULTADES

NO

TRASTORNOS ACTUALES

5) ¿SABE PARA QUE VINO?

TRAMITE JUB/PEN	PARA TRATAMIENTO	OTRO MOTIVO

6) ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD QUE LO INCAPACITA PARA TRABAJAR NORMALMENTE ES:

FISICA	NO	SI
MENTAL	NO	SI

7) ¿VINO SOLO? NO SI

8) ¿HABITUALMENTE PREFIERE ESTAR O SALIR ACOMPAÑADO?

NO SI por qué..............................

....

9) ¿SUELE A VECES DESORIENTARSE AUNQUE SEA POR SEGUNDOS EN LUGARES CONOCIDOS?

NO SI

10) ¿SUELE TENER TEMORES, A QUE COSAS? ¿QUE CONDUCTAS REALIZA PARA EVITAR LO QUE TEME?

....

....

11) ¿DESAPARECEN O DISMINUYEN LOS MIEDOS CUANDO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO?

NO SI

12) ¿ES MUY METICULOSO, PREOCUPADO POR EL ORDEN Y LA LIMPIEZA, LE INCOMODA "EXCESIVAMENTE" EL DESORDEN?

NO SI

13) ¿TIENE NECESIDAD DE VERIFICAR VARIAS VECES SI ESTAN CERRADAS LAS LLAVES DE GAS, LAS PUERTAS O APAGADA LA LUZ PARA SENTIRSE SEGURO?

NO SI

14) ¿EL MIEDO A ENFERMARSE POR CONTACTO CON OBJETOS O PERSONAS LE HACE TOMAR MEDIDAS DE PRECAUCION PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO?

NO SI Cuáles ....

....

15) ¿LE OCURRE TENER LA SENSACION DE MAREARSE Y NO SALIR A LA CALLE POR MIEDO A DESCOMPONERSE?

NO SI

16) CONSIGNAR HABITOS:

FUMA Cuánto:

NO SI

INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS

NO SI Cuáles prefiere. Cantidades ....

....

CONSUME O LO HA HECHO: TRANQUILIZANTES, ANOREXIGENOS U OTRAS DROGAS

NO SI Cuáles ....

....

17) ¿HA NECESITADO ASISTENCIA MEDICA CLINICA, PSIQUIATRICA O PSICOLOGICA COMO CONSECUENCIA?

....

....

....

18) ¿SE CONSIDERA UNA PERSONA DESCONFIADA?

NO SI

19) ¿SE HA SENTIDO PERJUDICADO CON FRECUENCIA POR PERSONAS DE SU RELACION?

NO SI De qué manera ....

....

....

20) ¿EL DAÑO Y PERJUICIO SUFRIDO HA SIDO TAN IMPORTANTE QUE REQUIRIO AYUDA PSIQUIATRICA?

NO SI

21) ¿CUANDO Y CUANTO TIEMPO TOMO PSICOFARMACOS POR ESA RAZON?

¿CUALES Y EN QUE DOSIS? ....

....

....

22) ¿SUELE TENER CON FRECUENCIA ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

NO SI

SENSACION DE FALTA DE AIRE

O PRESION EN EL PECHO

SUDORACION

PALPITACIONES

TRASTORNOS DIGESTIVOS U OTROS DE ORIGEN EMOTIVO ¿Cuáles? ....

23) ¿HA CAMBIADO MUCHAS VECES DE TRABAJO?

NO SI Motivos ....

....

24) ¿SE CONSIDERA LIDER EN SU GRUPO LABORAL?

NO SI Por qué ....

....

25) ¿SUS AUTORIDADES HAN TENIDO PARTICIPACION EN EL ORIGEN DE SUS ACTUALES PROBLEMAS?

NO SI

26) ¿HA TENIDO TRAUMATISMO DE CRANEO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO?

NO SI

Completar fechas. Lugar de asistencia o internación. Duración de la pérdida de conciencia

....

27) ¿QUEDARON SECUELAS?

Cuáles ....

NO SI

....

28) ¿CAMBIO SU MANERA DE SER POSTERIORMENTE?

En qué ....

NO SI

....

....

29) ¿HA PASADO ALGUNA VEZ POR PERIODOS CON ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

NO SI

HA VISTO IMAGENES QUE OTROS NO VEAN

HA ESCUCHADO VOCES QUE OTROS NO ESCUCHEN

ESAS VOCES SON CLARAS E INSULTANTES

SE HA SENTIDO IMPULSADO A REALIZAR ACTOS QUE NO DESEA

Cuáles ....

....

....

<u>Tratamientos:</u> Dosis de Psicofármacos. Internaciones.

....

....

....

30) ¿HA SUFRIDO DEPRESIONES QUE REQUIRIERAN TRATAMIENTO?

NO SI

31) ¿REALIZO ALGUNA VEZ INTENTO DE SUICIDIO?

Descripción detallada ....

NO SI

....

....

32) ¿REQUIRIO POR ESA RAZON INTERNACION PSIQUIATRICA U OTRO TRATAMIENTO?

Dónde y durante cuánto tiempo.

NO SI ....

....

SI HACE TRATAMIENTO ACTUALMENTE, INDICAR CUAL Y DOSIS DE PSICOFARMACOS

....

....

33) ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE CONDUCTA?

NO SI

34) ¿SUS CONDUCTAS HAN REQUERIDO INTERVENCION POLICIAL?

NO SI

35) ¿EL AFILIADO HA TENIDO JUICIOS?

NO SI

Laborales

Por accidente de trabajo

Inhabilitación o Art. 152 Bis CC

Insania o Art. 54 Inciso 3º CC

Otros Cuáles ....

....

....
Firma del Afiliado Firma del profesional

PATOLOGIAS

RETARDOS MENTALES U OLIGOFRENIAS

Se trata de un "déficit en el crecimiento mental" y como tal, de un trastorno cuantitativo caracterizado por la oligognosia, oligotimia y oligotelia, para designar la escasez del desarrollo intelectual, afectivo y cognitivo-práxico. Más no conviene olvidar que con el crecimiento y las existencias sociales, estos "insuficientes" deben suplir sus carencias con elementos substitutivos: a veces de la personalidad, que se torna disarmónica con la pedantería, la mitomanía, las explosiones del carácter y del humor fatuo, otras con el desequilibrio psicótico y muchas, con la constancia y obediencia que envidiaría más de un hombre de inteligencia normal —con estos ingredientes se ingresa en los trastornos cualitativos—.

La comprobación de una dificultad práctica para conducirse autónomamente en la vida, junto con el estudio de las funciones, permitirá bosquejar el perfil de ese individuo para hacerlo o no beneficiario del Sistema Previsional.

El oligofrénico carece de capacidad de abstracción y de síntesis, el capital ideativo es concreto e inmediato, le falta la capacidad de comparar, de resolver situaciones nuevas y por ende, el juicio crítico carece de jerarquía.

La personalidad siempre dependiente, puede desarrollarse con un comportamiento automático, aprendido y adaptado o ser como algunos "lábiles de ánimo" serviles instrumentos de los psicópatas.

Lo cierto es que un porcentaje elevado de estos discapacitados se concentra en las sedes de evaluación previsional para solicitar jubilaciones y pensiones.

De acuerdo a su cociente intelectual, se clasifican en: Idiotas, Imbéciles, Débiles mentales profundos, moderados y Débiles Mentales leves, cuyas principales características son:

IDIOTAS: (C. I. de 0 a 30)

No atravesó la etapa glósica.

Emite sonidos guturales.

No lee ni escribe.

No conoce el dinero.

No controla esfínteres.

No entiende sus necesidades básicas, incapaz de subsistir solo.

Se acompaña generalmente de malformaciones físicas.

IMBECILES: (C. I. de 30 a 50)

No lee.

No escribe.

No conoce el dinero.

Atiende a sus necesidades elementales.

Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DEBILES MENTALES PROFUNDOS: (C. I. de 50 a 60)

No lee.

No escribe.

No realiza operaciones mentales.

Sólo firma.

Vocabulario simple.

No conoce el dinero.

Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DEBILES MENTALES MODERADOS: (C. I. de 60 a 70)

Lee.

Escribe.

Realiza operaciones simples.

Conoce el dinero.

Puede trabajar en tareas de escasas exigencias intelectuales.

Capacitado a los fines previsionales, si no presenta patología psiquiátrica agregada de mayor envergadura (psicosis, etc.).

DEBILES MENTALES LEVES: (C. I. de 70 a 90)

Ha cursado escuela primaria, a veces, secundaria.

Puede realizar tareas de mayor envergadura que el grupo anterior, sobre todo los que tienen cociente intelectual cercano al normal (fronterizos).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Como se verá, desde el punto de vista previsional, le corresponde pensión por invalidez a los idiotas, imbéciles y débiles mentales profundos, teniendo en cuenta que se hallan imposibilitados de realizar tareas redituables.

Como excepción, deben consignarse algunos casos de débiles mentales profundos e imbéciles que han desarrollado trabajos muy elementales en relación de dependencia y a los cuales, se les otorgará la jubilación en el caso que se observe una patología injertada o se haya acelerado el deterioro de su escasa capacidad residual con la edad.

Los débiles mentales fronterizos, leves o moderados, no tienen derecho a pensión ni a jubilación por invalidez psiquiátrica, con la excepción de aquellos a los que se haya agregado otra enfermedad de mayor jerarquía, como la psicosis o que se trate de una debilidad mental disarmónica cuyos trastornos de personalidad obstaculicen marcadamente su comportamiento social.

PORCENTAJES

Débil Mental Fronterizo	1-5 %
Débil Mental Leve	6-9 %
Débil Mental Moderado	10-30 %
Débil Mental Profundo	40-70 %
Imbecilidad	40-70 %
Idiocia	80-100 %
Oligofrenias injertadas con psicosis crónicas:	70-80 %
Oligofrenias en estado de insania en sentido jurídico declarado o no o encuadrable en el Art. 152 bis Inc. 2º (con o sin inhabilitación judicial) en forma permanente o con inhabilitación transitoria:	80-100 %

OBSERVACIONES: Para la debilidad mental profunda e imbecilidad se utilizará el porcentaje de 70 % cuando el peticionante fuera un "derecho habiente", que no registra actividad laboral y que solicita beneficio de pensión; o se trate de una "pensión por invalidez" (no contributiva), en tales casos se otorgará un 80 % de incapacidad.

En aquellos casos en los cuales se solicite una jubilación por invalidez (trabajador en relación de dependencia o autónomo), con un período laboral mayor a ocho (8) años, aunque la patología invalidante haya existido al inicio, se lo considerará incapacitado en un 40 % a tal fecha, y si se demuestra que se ha agravado a causa de un mayor deterioro o por otra patología injertada se otorgará un 70 % al cese, caso contrario persistirá el 40 % inicial.

SINDROME PSICORGANICO O SINDROME CEREBRAL ORGANICO CON O SIN PSICOSIS

Definición de la Organización Mundial de la Salud "Trastornos causados por, o asociados con....alteración tisular cerebral, es decir con una disfunción permanente o transitoria del cerebro, que provoca un conjunto de signos y síntomas psicológicos y conductuales".

Estos trastornos se manifiestan por:

a) Perturbaciones de la orientación.

b) Perturbaciones de la memoria.

c) Perturbaciones de todas las funciones intelectuales, como la comprensión, el cálculo, el conocimiento y el aprendizaje.

d) Perturbaciones del juicio.

e) Perturbaciones de la afectividad.

La etiología de estos síndromes es siempre un "factor orgánico" intracerebral o extracerebral que secundariamente afecta el cerebro y sus funciones.

Este síndrome se clasifica por su forma de inicio, por el curso, por la capacidad de recuperación con o sin secuelas, por su extensión difusa o localizada, por su evolución reversible o irreversible, por hallarse o no asociado con psicosis.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO ASOCIADO CON PSICOSIS O PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL CONOCIDO
(Organización Mundial de la Salud)

- Demencia senil (Crónica e Irreversible).
- Demencia pre-senil (Crónica e Irreversible).
- Psicosis alcohólica.
  - a) Delirium tremens (agudo).
  - b) Psicosis de Korsakoff alcohólica (crónico).
  - c) Otras alucinosis alcohólicas (sub-aguda o crónica).
  - d) Delirio celotípico o paranoia alcohólica (crónica).
  - e) Deterioro alcohólico o demencia alcohólica (crónica e irreversible).
  - f) Ebriedad patológica (aguda).
  - g) Intoxicación alcohólica aguda.

Psicosis asociada a infección intracraneal: con sífilis del sistema nervioso central, parálisis general progresiva, con encefalitis epidémica y otra infección intracraneal no especificada (agudo o crónico, reversible con secuelas o sin secuelas).

Psicosis asociada a otro cuadro cerebral: arterioesclerosis, neoplasia intracraneal, enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, con epilepsia, con traumatismo cerebral (agudo o crónico, reversible o irreversible, con o sin secuelas). Invalidantes, en los cuadros crónicos e irreversibles.

Psicosis asociada a otro cuadro orgánico: psicosis con trastornos endócrinos, con trastornos metabólicos o de la nutrición, o infección general, por intoxicación por drogas venenos, post-parto, por suspensión de drogas, con otro cuadro físico no especificado (agudo o crónico, reversible con o sin secuelas, irreversible). No incapacitantes por ser psicosis sintomáticas secundarias a otras enfermedades, las formas reversibles o sin secuelas significativas.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO-NO PSICOTICOS

Con infección intracraneal, con intoxicación general por drogas o venenos, con intoxicación alcohólica, ebriedad simple, con traumatismo cerebral, con trastornos circulatorios, con epilepsia, con trastornos del metabolismo, del crecimiento y de la nutrición. Personalidad orgánica (agudo o crónico, reversible con o sin secuelas, o irreversible).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

La acotación de los diagnósticos de agudo, crónico, reversible o irreversible con o sin secuelas, tiene fundamental importancia desde el punto de vista previsional.

No son incapacitantes los cuadros agudos, sub-agudos o crónicos reversibles con restitución ad-integrum o aquellos cuyas secuelas tienen baja jerarquía (ej: delirio alcohólico sub-agudo,

delirium tremens), provocados muchas veces por la supresión brusca del alcohol o intercurrencias infecciosas, como así tampoco las secuelas reversibles de la arterioesclerosis. Evaluar el grado de deterioro: leve-moderado-grave.

En los SINDROMES CEREBRALES ORGANICOS LOCALIZADOS, productos de tumores, post-quirúrgicos de aneurismas, por traumatismos encefálicos, etc., habrá que valorar las secuelas crónicas e irreversibles (según edad y profesión), teniendo en cuenta si el afiliado tuvo una relación de dependencia y cobertura médica que le permita estar protegido durante el período de convalecencia hasta que se instale el SINDROME CEREBRAL ORGANICO DEFINITIVO, o si es un trabajador independiente pasible de un beneficio transitorio (no olvidar, por ejemplo, que en casos de traumatismo cráneo encefálico, algunos autores aconsejan esperar 1 año y otros, 2 años).

Los deterioros serios, los cambios graves y permanentes de la personalidad, una evolución demencial "clara", generarán jubilaciones permanentes sin lugar a dudas, por la irrevesibilidad de dichos síntomas.

El antecedente de internaciones psiquiátricas por descompensaciones transitorias reversibles, sin secuelas y con restitución a la normalidad, no serán determinantes de una jubilación por invalidez cuando no se constate la severidad actual dentro de los términos explicitados en los párrafos anteriores.

Se entiende por Síndrome Cerebral Orgánico crónico, severo e irreversible incapacitante (GRADO IV) lo siguiente:

a) Cambios Afectivos

- Reacción seudoneurótica en personalidad sin trastornos previos de la misma.
- Aumento de la labilidad afectiva.
- Actos impulsivos, superficialidad y sugestionabilidad.
- Risas y llantos patológicos.
- Ira provocadora.
- Sospecha paranoide.
- Humor depresivo hipocondriaco, excitación, curso hacia el empobrecimiento afectivo.

b) Trastornos de la memoria

- Amnesia de fijación.
- Conservación relativa del reconocimiento.
- Puede comprender órdenes simples.
- Pérdida de la capacidad de abstracción.
- Dificultad para elaborar conceptos.
- Signo de Talland (imposibilidad de recomenzar una tarea después de una laguna amnésica).

c) Trastornos de otras funciones intelectuales:

- Disminución de la inteligencia, de intereses personales y de la comprensión.
- Alteraciones del curso del pensamiento: perseveración en sus diversos grados, viscosidad, lentificación, etc.).

d) Conducta general:

- Reacción catastrófica (Goldstein).
- Ordenalismo orgánico.
- Suprime todo conocimiento de incapacidad.
- Aumento del umbral de excitación.
- No distingue lo esencial de lo accesorio.

Para la determinación de la incapacidad en los grados I, II y III del Síndrome Cerebral Orgánico tendrá marcado valor en la cuantificación, las pruebas psicométricas.

PORCENTAJES

GRADO I (Leve-Reversible/Irreversible)	1-10 %
GRADO II (Moderado-Reversible/Irreversible)	11-30 %
GRADO III (Severo-Reversible) (transitorio)	40-70 %
GRADO IV (Severo-Irreversible) (permanente)	70-80 %

PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL DESCONOCIDO:

ESQUIZOFRENIA

a) Esquizofrenias: En sus distintas formas clínicas (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, esquizoafectiva), evolucionan en brotes o se instalan progresivamente y sin remisión (esquizofrenia crónica).

La incapacidad será transitoria o permanente, según la forma clínica y de evolución valorando la edad del actor.

Síntomas de primer rango:

a) Las vivencias de influencia sobre la corporalidad.

b) Los fenómenos de intervención ajena, sea en el sentido de producción o sustracción sobre el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria.

c) La sonoridad del pensamiento y fenómenos afines como la divulgación de las ideas y el robo del pensamiento.

d) Las percepciones delirantes.

e) La audición de voces dialogadas y de voces comentadoras de la actividad del propio sujeto.

Síntomas de segundo rango:

a) Las inspiraciones u ocurrencias delirantes.

b) Las pseudopercepciones o seudo alucinaciones restantes.

c) La perplejidad, distimias depresivas y eufóricas.

d) El empobrecimiento de la vida afectiva y otros.

DEFECTO ESQUIZOFRENICO O ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

El defecto, no es un problema demencial, sino el producto de alteraciones que conciernen a la afectividad y espontaneidad, (está montado sobre una reducción del potencial energético). Al enfermo le faltan estímulos interiores esto lo incapacita para concentrarse y tomar decisiones. La gravedad del mismo estará determinada por la posibilidad o imposibilidad de mantener sus ocupaciones.

Este concepto importantísimo en la evaluación de incapacidad laboral depende también del tipo de tareas que desarrolla, es decir que no es lo mismo en un trabajo rutinario y mecánico que en otro creativo.

Las autodescripciones como falta de "impulso", de "energía", "perseverancia", de sentimiento de "falta de sentimientos" e hipocondrismos, son a veces, difíciles de diferenciar de cuadros neuróticos y orgánicos y por lo tanto, pesarán los antecedentes a edades tempranas.

Defecto esquizofrénico o defecto psicótico severo puro (GRADO III)

-Debilitamiento de impulsos parecido al "Síndrome apático-akinésico-abúlico" de lesiones del lóbulo frontal.

- El enfermo no habla ni actúa espontáneamente, pero cumple con los sencillos requerimientos que se le hacen, en respuesta a los estímulos externos.

- El defecto no debe confundirse con restos de la temática delirante.

- En el defecto grave se describe el "Síndrome del resorte roto". Igual que un reloj de péndulo con el resorte roto, persiste en actitud estatuaria, se moviliza brevemente frente a un estímulo y luego vuelve a la situación anterior.

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

El dictamen sobre la incapacidad laboral no presenta problemas cuando el afiliado trabaja en relación de dependencia, con antecedentes de internaciones u otro dato verificable o, cuando el grado de defecto es severo.

Teniendo en cuenta que después del primer brote, en las esquizofrenias marginales o benignas, el 60 % aproximadamente, queda con un defecto moderado, habría que aprovechar todo el periodo de licencia que se disponga para observar el grado de recuperación, ya que en muchos casos "ante un estímulo enérgico y persistente, el enfermo puede mostrar una conducta adecuada y un rendimiento idóneo en el trabajo". A. Fernández.

No pocas veces la denegatoria de beneficio frente a una solicitud de jubilación por invalidez en un defecto leve o moderado, ha facilitado la reinserción laboral por varios años más, hasta que vuelve al trámite por otros brotes.

Cuando se solicita el beneficio varios años después del cese laboral, ya sea por renuncia o abandono de tareas, o inclusive por despido, con una sintomatología productiva actual, que no deje dudas de la incapacidad, pero que el afiliado refiere desde mucho antes, las certificaciones de servicios pueden dar elementos indirectos de ayuda; si coinciden los datos aportados con el acortamiento de los periodos trabajados y sucesivos reinicios a diferencia de sus primeras relaciones laborales (datos que hacen presumible que la iniciación de la enfermedad se haya producido dentro de los 2 años o 5 años posteriores al cese, según la Legislación o que se pueda retrotraer hasta 3 años).

Una situación especial se presenta con los afiliados a la caja de Autónomos, ya que como es sabido para la afiliación no se realiza ningún examen médico previo, y para la obtención del beneficio se exige que el solicitante esté capacitado para el ejercicio de las tareas que denuncie, a dicha fecha. Por lo tanto habrá que efectuar un exhaustivo estudio del caso para determinar si la enfermedad existía a la afiliación y su grado de incidencia sobre la capacidad laboral o la ausencia de episodios psicóticos anteriores al inicio.

Se consideran pruebas fehacientes la copia de Historia Clínica de Instituciones oficiales o privadas y el período laboral no debe ser inferior a tres años entre inicio y solicitud de beneficio.

PORCENTAJES

1) Esquizofrenia procesal y por Brotes en período de estado: (transitoria o permanente, según edad, profesión y grado de defecto).	70-80 %
2) Esquizofrenia residual	
GRADO I (Leve):	10-20 %
GRADO II (Moderada):	21-30 %
GRADO III (Grave):	40-70 %
GRADO IV	80 %

ESTADOS PARANOIDES

Reacción Paranoide: Reacción vivencial anormal de origen estrictamente psicológico, suscitado por una experiencia intensamente vivida.

El terreno predisponente en el que se genera incluye las personalidades litigantes y las sensitivas de los "inseguros de si mismos" de K. Schneider, con tendencia a la sensibilidad y susceptibilidad. La duración es de semanas o meses, el trastorno pasa y deja tras de sí una personalidad intacta (Mayer-Gross).

La sordera, los defectos físicos, los sentimientos de inferioridad, las heridas a la auto-estima, el aislamiento, una vivencia de injusticia, un suceso clave, pueden ser "la chispa que encienda el barril", mejoran con tratamientos o con un cambio de situación. Un bajo porcentaje evoluciona hacia la cronicidad.

Son estos últimos, los que tienen mayor peso desde el punto de vista previsional por transformarse en desarrollos paranoides como el Delirio sensitivo de autorreferencia o delirio de persecución curables, de duración variable.

PORCENTAJES

GRADO I (Leve):	10-20 %
GRADO II (Moderado):	21-30 %
GRADO III (Severo reversible):*	40-70 %

*En personas jóvenes se otorgaría incapacidad transitoria para observar evolución.

Paranoia: Delirio sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante.

Irreversible:	70-80 % Permanente

BOUFFE DELIRANTE DE LOS DEGENERADOS:

Llamados también esquizofrenias agudas, paranoias agudas, estados crepusculares episódicos, estados oniroides.

Delirios polimorfos agudos que se instalan en personas con una estigmatología psíquica y/o física, como las debilidades mentales o las personalidades anormales predominantemente histéricas (psicopatías histéricas).

Suele remitir en días o semanas con restitución total.

Incapacidad Intelectual:	10-30 %

PARAFRENIAS

Delirio crónico polimorfo, megalómano, fantástico. Incapacidad total y permanente.

Incapacidad Intelectual, permanente:	70-80 %

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

En los casos de reacciones paranoides, delirios curables, descompensaciones psicopáticas fugaces, por la corta duración, buen pronóstico, buena respuesta a los psicofármacos y remisión en menos de un año, practicar un reexamen a los 6 meses para realizar un dictamen definitivo que otorgue o no la jubilación requerida en forma transitoria.

TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

- Enfermedad maniaco depresiva a forma maniaca.
- Enfermedad maniaco depresiva a forma depresiva.
- Depresión endógena o melancolía.
- Melancolía involutiva.
- Enfermedad maniaco depresiva circular.

Estos trastornos afectivos mayores son llamados también psicosis fasotímicas por su evolución en fases de 6 a 8 meses o más, que se intercalan con intervalos lúcidos (con restitución a la normalidad).

Estas psicosis se originan en un trastorno primario de la afectividad que se exalta o deprime en forma extrema, con alteración del juicio de realidad. La aparición de este trastorno no está relacionada directamente con ninguna experiencia vital precipitante (es inmotivada) y por eso mismo, se lo distingue de la reacción psicótica depresiva y de las neurosis depresivas (OMS).

El "temperamento cicloide" que reúne a las personalidades depresivas, hipomaniacas y ciclotímicas, es la base de esta psicosis y no las personalidades histéricas.

La periodicidad que caracteriza a esta psicosis "con intervalos libres normales sin que disminuya la integridad mental" (Mayer-Gross), permiten indicar que las jubilaciones por invalidez sólo deben otorgarse cuando el afiliado cursa en el momento del examen, una fase psicótica muy prolongada, o cuando evoluciona hacia la cronicidad, o cuando esta fase fuera precipitada por procesos orgánicos severos, como la arterioesclerosis, lo que empeora su pronóstico en edades avanzadas.

Por la misma razón de la "periodicidad", la Ley no incluye estos cuadros en el Art. 54, Inciso 3° del Código Civil.

Cabe aclarar por la frecuencia con que aparecen en las certificaciones el diagnóstico de depresión endoreactiva o "estados muelle" que se acepta dicho cuadro entendiéndose por tal a aquellas depresiones que habiéndose desencadenado por una situación vivencial traumática evoluciona hacia una forma clínica de características melancólicas independizándose de la causa que la originó, es decir toma el curso de una psicosis depresiva cuyo tratamiento psicofarmacológico se realiza con anti psicóticos y que previsionalmente debe ser considerado con el mismo criterio de las depresiones endógenas.

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Dadas las características básicas de los Trastornos Afectivos Mayores, la buena evolución con el tratamiento con Litio en la mayoría de los casos, y los conceptos jurídicos transcriptos, no corresponderá el beneficio por invalidez cuando la incapacidad verificada o probable no exceda el tiempo en que el afiliado fuera acreedor a la percepción de remuneración u otra prestación sustitutiva de ésta, o cuando la incapacidad sea menor de un año.

PORCENTAJES

Depresión Endógena en período de estado transitoria	50-70 %
Enfermo maniaco depresivo en período de estado (a forma maniaca, a forma depresiva, a forma circular). transitoria	50-70 %
A forma delirante transitoria o permanente según la edad.	70 %
Melancolía involutiva permanente.	70-80 %

TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICOTICOS

El elemento semiológico fundamental que caracteriza estos cuadros, es un descenso del humor (estado de ánimo, temple o timia) que termina siendo triste. Acompañan al mismo, el dolor moral y la inhibición.

Todo deprimido está triste, pero no todo triste es un deprimido. Además, la tristeza puede faltar, como en las depresiones enmascaradas. Mientras el sentimiento tristeza (polo opuesto a la alegría) no interfiera con la actividad normal de un individuo, no puede rotularse al mismo de deprimido.

Las circunstancias de aparición, la magnitud del factor desencadenante, la personalidad de base, la estructuración de una neurosis histérica, obsesiva, fóbica o hipocondríaca de fondo; la carga somática predominante y creciente desde las depresiones sintomáticas (de asiento extracerebral) hasta las depresiones orgánicas (determinadas por alteraciones morfológicas del cerebro); sin olvidar "los estados muelle" que constituyen las formas de transición entre depresiones psicógenas y endógenas (endorreactivas), permiten distinguir una gran variedad de cuadros.

a) Depresión neurótica: se presenta en individuos con una personalidad premórbida, con baja tolerancia a los stress o en el curso de una neurosis. Es de etiología exógena y psicógena y ocasionada por la historia conflictual del enfermo (conflicto psíquico parcialmente reprimido, encapsulado y duradero). Tras experiencias de frustración aparece un sentimiento de tristeza psíquica, con ansiedad, que puede llegar a una magnitud teatral. El tema depresivo está relacionado con la experiencia vivida, pero necesita ser "escuchado", "consolado", "comprendido", de allí la actitud reclamatoria y el apoyo en los otros, llegando a veces a una conducta exigente y tiránica sobre los demás. Los trastornos histeriformes, las preocupaciones fóbicas, obsesivas y hasta hipocondríacas, revelan una demanda de atención del medio y el fondo neurótico de la personalidad, no siendo raros los "chantajes" suicidas.

Entre los síntomas físicos se describen:

1 - La astenia neurótica, matinal, que no pasa con el reposo.

2 - Las perturbaciones del sueño que a veces preceden a la misma depresión por meses o años con un insomnio de conciliación o interrupciones, ligado a la angustia de soñar y de perder el control conciente de la vigilia.

3 - Anorexia o bulimia.

4 - Los trastornos funcionales digestivos.

5 - Perturbaciones genitales y de la libido.

6 - Perturbaciones cardiovasculares funcionales.

7 - Perturbaciones neurológicas subjetivas (vértigo timopático).

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Se entiende por depresión neurótica Grado I a la forma leve en la cual los elementos depresivos no comprometen la vida de relación ni la actividad laboral.

En las depresiones neuróticas de Grado II los síntomas cursan con evolución favorable con la ayuda de tratamientos psicoterapéuticos sin requerir psicofármacos, en algunos casos la medicación es poco significativa y basada fundamentalmente en ansiolíticos.

Las depresiones neuróticas Grado III si bien requieren tratamientos más intensivos, la remisión de los síntomas se observa entre 60 y 180 días.

Las depresiones neuróticas instaladas en una personalidad predepresiva o anancástica en afiliados con profesiones de "exactitud", en personalidades depresivas y sensitivas pueden a veces llegar a un grado de severidad tal que determine incapacidad del 70 % (Grado IV) por cristalización de los síntomas que comprometen todas las áreas de desarrollo del sujeto.

OTRAS FORMAS CLINICAS DE DEPRESION

b) Depresión reactiva: No incapacitante, salvo que se trate de una depresión reactiva psicótica.

c) Depresión secundaria a enfermedades físicas o psíquicas: (influenza, hepatitis, etc.). No incapacitante.

d) Depresión sintomática: Se valorará jerarquía de la patología de base (arterioesclerosis, tumor, esquizofrenia, Parkinson, endocrinopatía, etc.), carácter de la evolución, profundidad de la depresión, respuesta al tratamiento, antecedentes de internaciones y licencias laborales.

Formas leves o moderadas (Grado I y II): no incapacitantes.

Formas graves (Grados III y IV): incapacidad total y transitoria o permanente, según la edad y patología de base. Ej.: depresión sintomática de psicosis crónica.

e) Depresión por agotamiento:	No Incapacitante
f) Depresión por descarga o liberación:	No Incapacitante
g) Depresión por desarraigo:	No Incapacitante

PORCENTAJES

Depresión Neurótica Grado I:	0 %
Depresión Neurótica Grado II:	11-15 %
Depresión Neurótica Grado III:	30-40 %
Depresión Neurótica Grado IV:	70 %

NEUROSIS O REACCIONES VIVENCIALES NEUROTICAS

Las mal llamadas neurosis (pues no se originan en alteraciones del sistema nervioso), son trastornos muy difundidos, sin base anatómica conocida, y que, aunque ligadas íntimamente a la vida psíquica del sujeto, no alteran su personalidad (como lo hacen las psicosis), por lo cual van acompañadas de una conciencia penosa y generalmente "excesiva"del estado anormal.

Las dificultades para adaptarse a la realidad y al medio están generadas por la imposibilidad de librarse del interés hacia sí mismo, para consagrar su actividad a los fines de la existencia práctica.

Estos cuadros no tienen síntomas guía, como se conocen en las psicosis agudas y crónicas de base somática (alteración de la conciencia, desintegración de la personalidad o demencia) ni síntomas de primer orden, como en las Esquizofrenias y en la Psicosis Maníaco Depresiva.

Muchos autores, entre ellos Schneider, Weitbrecht y otros, proponen utilizar los términos de REACCION VIVENCIAL PSIQUICA NEUROTICA Y DESARROLLO NEUROTICO O REACTIVO VIVENCIALES DE LA PERSONALIDAD (para diferenciarlo del desarrollo o personalidad psicopática en sentido estricto) "cuando el individuo afectado sufre exageradamente y/o hace sufrir por su anomalía a los demás".

El error de haber usado los términos neurosis y psicopatías como diagnósticos, es decir, como entidades patológicas, ha extendido tanto los mismos que pareciera existir una verdadera "pandemia de las neurosis".

Hoy día, se llama neurótico a todo individuo con trastornos funcionales, a los que no se sienten a gusto con su incierto presente, a los que lloran por la pérdida de su trabajo, a los que se deprimen porque se pelean con el jefe, a los que se sienten frustrados por no recibir un ascenso o por tener que trabajar por un bajo salario y a los que no encuentran la salida laboral efectiva por vivir en un país en crisis, sin olvidar a los que temen un despido.

Calificar de "neurosis" cualquier mala acción, indisciplina, cualquier crisis existencial, el dolor excesivo por la pérdida de un ser o un bien muy preciado, es inflar exageradamente el término y es contraponerlo con lo "aneurótico" que representaría una pura ficción de ausencia de sufrimiento y una armonía psíquica permanente, alegre y equilibrada (de carácter utópico).

Tener que renunciar y sufrir privaciones, sentirse y ser culpable, cometer omisiones y olvidar, la falsedad, la cobardía, el histrionismo tan común en nuestro siglo, las lamentaciones, la holgazanería, la dependencia, más allá de todo lo neurótico forman parte del ser humano, requieren el auxilio de la psicoterapia, debe ser comprendido empáticamente, pero no se ha de considerar como regla una enfermedad pasible de un beneficio por invalidez.

El término REACCION representa una forma de conducta compleja, con numerosas determinantes, que a veces abarcan todo el devenir biográfico de una personalidad e implica una relación dinámica entre el terreno predisponente y la intensidad del estímulo en proporción inversa.

A menudo en el acontecer neurótico se ocultan fuertes tendencias desiderativas y en muchos casos está presente, sin duda alguna, cierto "lucro neurótico".

La "neurosis" es molesta, pero al mismo tiempo protege de otros inconvenientes de la vida y puede aprovecharse para forzar, con más o menos suavidad, el respeto y la atención del mundo exterior o para edificar o mantener una mentira que sirve en la vida a la conservación del propio valor (Weitbrecht).

En los países del primer mundo, se considera en la legislación, que "los procesos o fenómenos anómalos de la vida anímica no se pueden valorar como motivo de una concesión de renta, en el sentido de la legislación de seguros, cuando se deben a tendencias finalistas".

Se ha querido auxiliar a las personas neuróticas tildándolas de enfermos y lo que se ha hecho así es imposible de defender, se ha renunciado a la cisura entre neurosis y psicosis. Calificar de "enfermo" con todas sus consecuencias legales a todo el que no resuelve por sí solo sus dificultades y buscando consejo y ayuda acude a otro, sea éste el médico, el psicólogo, el asesor matrimonial, el sacerdote o un amigo de confianza, no es aceptable, y además se corre el peligro que quien no domina sus preocupaciones psicopáticas reciba encima una pensión, mientras que el que es más severo consigo mismo sale perjudicado.

En todo neurótico se encuentra el "deseo" más o menos consciente de ser cuidado, protegido, y eximido de responsabilidades como una forma de resarcimiento de muchos fracasos personales.

La sola posibilidad de un beneficio de pensión y su logro, transforma las "neurosis de deseo" en "neurosis fijadas" y destruye todas las posibilidades terapéuticas, haciendo imposible la psicoterapia, en cambio, el tratamiento tiene buenas perspectivas después de la denegación legal de la pensión (legislación alemana).

Sólo correspondería otorgar un beneficio por invalidez en aquellas REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES, duraderas, graves y fijadas, donde la idea finalista está en un plano muy secundario, o en las que el soma se afecta severamente.

CONSIDERACIONES MEDICO PREVISIONALES

En la valoración de invalidez previsional de las Neurosis o (Reacciones vivenciales psíquicas Neuróticas o Reactivas vivenciales de la Personalidad) debe tenerse en cuenta:

a) Evolución pasajera o prolongada, reversibilidad de los síntomas o progresión con debilitamiento de la personalidad e irreversibilidad de los mismos.

b) Necesidad de tratamientos, duración y cumplimiento de los mismos.

c) Conservación de la vida de relación en ámbitos externos a los laborales o no.

d) Alteraciones físicas demostrables por anorexia con pérdida de peso significativas, abandono personal o cuadros de bulimia severos.

e) Reacciones vivenciales anormales psicofisiológicas persistentes que lleven a daño severo de órganos o sistemas; irreversible o reiterados por períodos prolongados y con tratamientos clínicos intensivos.

f) Reacciones vivenciales anormales conversivas sostenidas por largos períodos con alteraciones físicas por no ejercitar funciones fisiológicas (atrofias musculares en parálisis histéricas, hipotonía generalizada, lesiones de cornea en cegueras histéricas, etc.).

g) Reacciones vivenciales anormales fóbicas comprobadas y generalizadas "no selectivas" con retracción extrema que puede llevar al aislamiento del paciente en su propia habitación.

Son excepciones por ejemplo la "Neurosis de vuelo" en pilotos y copilotos de líneas aéreas comerciales por riesgo de vida para sí y para terceros en un posible ataque de pánico.

h) Reacciones vivenciales anormales obsesivas-compulsivas:

Caracterizadas por cuatro fenómenos fundamentales sobre una personalidad obsesiva o anancástica.

1) Idea parásita que el sujeto reconoce como patológica (a diferencia de la idea delirante), pero que no puede evitar que se imponga en su pensamiento.

2) Tendencia iterativa: repetición de un movimiento o acción por inseguridad en la eficacia de su ejecución inicial.

3) Omnipotencia del pensamiento que crea el temor supersticioso y hace suponer que se puede cambiar el curso del destino empeorándolo con determinados presagios o mejorándolos con determinadas promesas o conjuros (rituales).

4) Duda que se apodera de la conducta (explícita o implícita).

i) Reacciones vivenciales anormales con intento de suicidio:

Se investigará pormenorizadamente: las ideas y fantasías, las circunstancias en que se dieron los intentos de suicidio y los métodos utilizados; si existió un período previo con rumiación y elaboración; si el o los actos fueron producto de un impulso; si se acompañó de síntomas guía de las psicosis depresivas o de la constelación esquizofrénica; si eligió un medio "que no provocara sufrimiento"; si fue secundario a problemas personales o peleas y con el objetivo de llamar la atención; se buscará detectar elementos orgánicos en la personalidad. Tiene marcada importancia determinar la personalidad de base del sujeto (anormal psicopática, anormal neurótica o caracteropática, normal o equilibrada).

Se consignará si el o los intentos, requirieron denuncia policial, asistencia hospitalaria, internación psiquiátrica, duración de tratamientos instituidos, secuelas.

Estos cuadros se clasificarán en grado I-II-III y IV.

Las reacciones vivenciales anormales grado I, están íntimamente ligadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, son manifestaciones subjetivas de quejas, que prácticamente no requieren tratamiento o éstos son poco significativos (Reacciones vivenciales grado II). Las relaciones interpersonales afectadas ligeramente son las relacionadas con el conflicto generador de la reacción y durante las mismas se acentúan los rasgos más característicos de la personalidad de base (Reacciones vivenciales grado II).

Las reacciones vivenciales anormales grado III requieren un tratamiento más intensivo, la remisión de los síntomas agudos (aun cuando sean severos) puede observarse en forma notable a los 60-90 días. Sus relaciones con el medio circundante están más comprometidas que en los grados anteriores, se verifican trastornos de memoria y concentración francas durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico.

Las conversiones, las crisis de pánico, la subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias pueden encontrarse en las distintas formas clínicas de estas Reacciones Psicógenas que suelen revertir con tratamiento psicofarmacológico y terapéutico adecuado.

Las reacciones vivenciales anormales Grado IV son aquellas cuyos fenómenos regresivos la tornan dependiente de una asistencia permanente por parte de familiares.

En las Neurosis Fóbicas, la panofobia limita al sujeto hasta para alimentarse solo; siendo obvio el estado angustioso en que se haya sumido el enfermo, en la enfermedad obsesiva los rituales pueden llegar a un grado extremo como por ejemplo repetir un acto 50 a 100 veces. La fobias anancásticas a las enfermedades y a la suciedad pueden generar evidentes dermatitis como consecuencia de ceremoniales como el lavado excesivo de manos y uso de sustancias químicas diversas para evitar contagios.

La pérdida de libertad interior, en los obsesivos, puede hacer el tránsito hacia un delirio o alguna forma de deterioro intelectual.

Las conversiones histéricas evidencian claramente lesiones por la falta de función y las expresiones psicosomáticas se expresan por un daño severo del órgano afectado. El período de evolución excede, el de percepción de haberes por licencia de largo tratamiento. Los antecedentes médicos muestran en un corte longitudinal un historial psiquiátrico frondoso con remisiones parciales, frecuentes recaídas, una limitación creciente y progresiva en la que se determinará la rigidez de la personalidad anormal básica y la voluntad de recuperación (puesta en evidencia por tratamientos realizados con constancia, sin deserciones caprichosas).

La evaluación de un paciente neurótico tiene que ser muy cuidadosa; atendiendo no sólo a la intensidad de los síntomas actuales, sino a la cronicidad de éstos sin mayores variables a pesar de las causales pudo desarrollar tareas remunerativas ligadas o no a su trabajo habitual.

Cualquier paciente neurótico pasa por períodos de normalidad y aún las personas normales pueden tener "Reacciones neuróticas"; todo esto debe ser considerado para evitar que una conducta "encastillada" con cierta perseverancia logre confundir al perito encubriendo su "deseo de Renta".

A los fines prácticos será de utilidad conocer que las Neurosis depresivas constituyen el 44 % de las peticiones por invalidez en la especialidad de psiquiatría y que sólo se han constatado un 2 % de Neurosis Estructuradas.

PORCENTAJES

Neurosis Depresiva Grado I:	0 %
Neurosis Depresiva Grado II:	5-10 %
Neurosis Depresiva Grado III:	30-40 %
Neurosis Depresiva Grado IV:	70 %
Neurosis Fóbica Grado I:	0 %
Neurosis Fóbica Grado II:	5-10 %
Neurosis Fóbica Grado III:	30-40 %
Neurosis Fóbica Grado IV:	70 %
Enfermedad Obsesiva Grado I:	0 %
Enfermedad Obsesiva Grado II:	5-10 %
Enfermedad Obsesiva Grado III:	30-40 %
Enfermedad Obsesiva Grado IV con deterioro de la personalidad o evolución psicótica	70 %
Neurosis de Angustia Grado I:	0 %
Neurosis de Angustia Grado II:	5-10 %
Neurosis de Angustia Grado III:	30-40 %
Neurosis de Angustia Grado IV a edades avanzadas:	70 %

DIFERENTES EXPRESIONES DE LA HISTERIA

Neurosis Histérica de Conversión Grado I:	0 %
Neurosis Histérica de Conversión Grado II:	5-10 %
Neurosis Histérica de Conversión reversible Grado III:	30-40 %
Neurosis Histérica de Conversión Grado IV irreversible a edades avanzadas:	70 %
Neurosis Hipocondríacas Grado I:	0 %
Neurosis Hipocondríacas Grado II:	5-10 %
Neurosis Hipocondríacas Grado III: reversibles:	30-40 %
Neurosis Hipocondríacas Grado IV irreversibles a edades avanzadas:	70 %
Pseudopsicosis Histérica Grado I:	0 %
Pseudopsicosis Histérica Grado II:	5-10 %
Pseudopsicosis Histérica Grado III reversible:	30-70 %
Pseudopsicosis Histérica Grado IV irreversible a edades avanzadas:	70 %

PERSONALIDADES ANORMALES O TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD NO PSICOTICA

Aquí se utiliza la clasificación de K. Schneider. Para este autor correspondería referirse en un sentido amplio a Personalidades Anormales las que podrían dividirse en caracteropatías y sociopatías o personalidades psicopáticas en sentido estricto. Schneider prefiere referirse a ellas como "personalidades anormales", en el sentido de que sus conductas caen "fuera de las normas del término medio para nuestra sociedad, época y cultura".

El término psicópata no significa enfermedad como "cardiópata" o "endocrinópata". La escuela francesa se refiere a ellas como "personalidades desequilibradas" pero en el sentido constitucional, concepto que comparte la escuela alemana.

Utilizando como "norma el término medio" es una "personalidad anormal" tanto la del genio y la del santo como la del criminal desalmado".

Utilizando la "norma del valor", es un concepto subjetivo que depende de quien valora y desde donde se valora, por ejemplo, la persona que por su conducta para algunos es un héroe idealista para otros es un agitador subversivo.

Deniker (1972) puntualizaba que la psicopatía no es una psicosis, ni una neurosis, ni una prepsicosis y en caso de una complicación sus psicosis son "ráfagas" delirantes polimorfas, crisis de depresión o de excitación.

Conviene aclarar que algunos autores discriminan las "personalidades psicopáticas" de las "seudopsicopatías" como las producidas por un proceso cerebral (infeccioso, inflamatorio o traumático) especialmente las meningo encefalitis de la infancia; los procesos demenciales incipientes (seudopsicopatías progresivas); las personalidades que se conforman después de un brote esquizofrénico (seudopsicopatía residual) y los trastornos de personalidad de los epilépticos (personalidad epileptoide enequética o glizroide).

Tampoco se incluyen en la misma denominación las personalidades disarmónicas de los oligofrénicos o por atrofias celebrales de etiología no clara.

Schneider clasifica las personalidades anormales en 10 tipos básicos de los cuales son "psicópatas en sentido estricto" el hipertímico, el depresivo, el impulsivo, el explosivo, el lábil de ánimo y el atímico, desalmado, "loco moral" o "moral insanity".

El resto de las mismas corresponden a caracteropatías o modalidades neuróticas del carácter.

Este autor reconoce 10 grupos:

1.- Hipertímicos: alegres, superficiales, muy activos, cordiales, simpáticos, pendencieros, fanfarrones, pueden caer en la estafa o el alcoholismo.

2.- Depresivos: tristes, malhumorados, descontentos, pesimistas, desconfiados, hostiles, autodesvalorizados. En este tipo se puede ver tendencia al alcoholismo.

3.- Lábiles de ánimo: inconstantes, mala adaptación familiar y laboral, el humor varía de un momento a otro, pocas inquietudes, dificultad para acatar normas, derroche, despilfarro, fugas, exceso de bebidas, incendiario.

4.- Amorales o Desalmados o Anestesia moral: Amorales: llamados también en medicina legal "moral insanity" quizá, podemos referirnos a este grupo como sociópatas asociales en sentido estricto. Individuos de juicio conservado, sin sentimiento de culpa, instrumentan a los demás en su propio beneficio. La mala fe es plenamente conciente, incapaces de amar, sólo buscan la satisfacción personal a cualquier precio, ya que el prójimo es tan solo un objeto. El robo, el crimen, las perversiones, las estafas, incluyen la amplia gama delictiva en que pueden caer estos sujetos.

Conocen las leyes morales, pero no las sienten ni las respetan, de allí que sean derivados a la cárcel y no a un hospital psiquiátrico cuando delinquen. Carentes de compasión, vergüenza y pundonor.

5.- Fanáticos: inventores, reformadores, renovadores a) Extravagantes: suelen vivir en comunidades que se destacan por su vestimenta, modalidad, etc. b) Fanáticos luchadores: sobrevalorados defienden generalmente posiciones personales, expansivos, pueden ser agresivos.

6.- Necesitados de estima o Personalidades Histéricas: que necesitan aparentar más de lo que son, inmaduros, egocéntricos, buscan llamar la atención, etc., (remitirse al capítulo de histeria). Dentro de las variedades de este grupo pueden encontrarse mitómanos, estafadores, embusteros, seudólogos.

7.- Inseguros de sí mismos:

a) Anancásticos u obsesivos.

b) Sensitivos.

En el grupo a): descriptos en las neurosis, puede instalarse una neurosis obsesiva, compulsiva, etc.

En el grupo b): morales escrupulosos con conflictos éticos de excesiva autocrítica (puede instalarse un delirio de autorreferencia) "delirio de las solteronas o jóvenes masturbadores".

8.- Asténicos: muestran inseguridad, astenia física, apatía, falta de vigor e intereses. Aprensivos respecto de su salud con componentes hipocondríacos crónicos, son los individuos llamados "nerviosos". Se sienten débiles. Combinaciones con toxicomanía: morfina, abuso de hipnóticos.

9.- Personalidad explosiva: epileptoide o enequética. Explosiones de agresividad verbal o física, con arrepentimiento posterior y pena, imposibilidad de controlarse. Este tipo de personalidad suele encontrarse como básica en pacientes con trastornos psicorgánicos. Combinación con el alcoholismo. Pueden caer en delitos afectivos y castigos corporales.

10.- Abúlicos: falta de voluntad, incapacidad de resistencia frente a todos los influjos, fáciles de seducir por otros individuos o situaciones. Razonables, dóciles, laboriosos y modestos, pero no por mucho tiempo bajo malas influencias. Combinación con el alcoholismo. Algunos son marcadamente oligofrénicos.

La personalidad psicopática o "estado constitucional psicopático" difícil de definir científicamente designa a aquellos individuos incapaces de adaptarse en forma adecuada y aceptable al medio social y cultural predominante.

Sin entrar a ocuparnos de las diversas teorías que explican los mecanismos psicopatológicos de las mismas podría afirmarse que las escuelas más psicologistas responsabilizan a la familia y el medio y otras apoyan su explicación en una predisposición genética tanto mayor cuanto más profundo es el trastorno de dicha personalidad (constitución).

"Se trata de individuos con escasa o nula tolerancia a la frustración, con necesidad de buscar nuevos estímulos permanentemente, con muy pocos sentimientos de angustia, culpa o remordimiento e incapaces de sacar provecho de la experiencia o el castigo. Carecen de un objetivo definido y su habitual estado de inquietud puede ser el resultado de que buscan lo inalcanzable. La aplicación y la eficiencia en el trabajo suele ser deficiente, la rutina les parece interminable, intolerable y tediosa. Tienen un deficiente sentido de responsabilidad y viven para el momento. Exigen la satisfacción inmediata de sus deseos sin que le importen los sentimientos ni intereses de los otros con quienes establece muy escasas relaciones emocionales o lazos afectivos estables. Tampoco constituyen un sentido de los valores sociales, que generalmente está distorsionado.

Pueden ser aceptables y locuaces, pero no se puede confiar. Sólo pueden adaptarse al ambiente que pueden "dominar" de allí la dificultosa posibilidad de aceptar todo aquello que viven como límites.

En el diagnóstico diferencial tanto los neuróticos como los psicóticos, sienten intensa ansiedad, angustia y conflicto interno, están continuamente bajo tensión, crónicamente insatisfechos y a menudo o siempre inhibidos y rígidos.

El neurótico trata de solucionar su conflicto usando mecanismos de defensa (represión, agresión, etc.) puede desarrollar una fobia, una obsesión, un síntoma histérico o puede caer en ataques de angustia extrema si fallan los mismos.

El neurótico trata de mitigar su perturbación interna con la fantasía pero no corta a diferencia del psicótico sus lazos con la realidad, puede funcionar en la sociedad y cuidar de sí mismo. El grado de adaptación social es la línea divisoria entre la neurosis y la insania.

"La psicopatía es casi la antítesis de la Neurosis". Aunque el psicópata primario es radicalmente diferente del neurótico común no es fácilmente diferenciable del "neurótico actuador" o con marcados elementos psicopáticos. Por ejemplo: "En la histeria cuando se pierde la posibilidad de manejo simbólico del medio que le permitió hasta ese momento ganancias secundarias, la

seducción y la defraudación en el campo de las relaciones humanas son los más frecuentes" (psicopatía histérica o de los "Necesitados de Estima" de K. Schneider.

"Las condiciones sociales actuales determinan una dificultad cada vez más creciente en la estructuración de los comportamientos evitativos que décadas atrás era bastante fácil de observar. El incremento de la competitividad destructiva y la lucha por la supervivencia, constituyen factores cruciales que, en determinadas épocas de la vida, actúan como factores desencadenantes de la transformación de las fobias en contrafobias y éstas a su vez en comportamientos de corte psicopático".

Los neuróticos obsesivos suelen presentar actitudes sádicas, que aparecen cuando los rituales de carácter primitivo y expiatorio fracasan como mecanismo de defensa y control y liberan los impulsos de crueldad que antes dirigían a sí mismos (psicopatía inseguro de sí mismo).

La "impulsión" es un componente muy frecuente en estos cuadros y a diferencia de los elementos existentes en la serie epiléptica, lo que la caracteriza es el aspecto patoplástico.

Puede ser más o menos paroxística en su presentación pero más organizada que en la epilepsia y va generalmente acompañada de un hecho antisocial como puede ser un abandono brusco del hogar o de un negocio llevándose dinero.

Se incluye dentro de estos cuadros la cleptomanía (en donde existe un impulso de robar) como es el caso de las mujeres que experimentan un deseo irresistible a hacerlo en una tienda, seguido luego de una sensación voluptuosa. También los impostores, gente que como el "Tartufo de Moliere" explotan la credulidad humana; tal es el caso de los que experimentan gran placer engañando a mujeres ingenuas (son muy hábiles para manejar a los demás hablando y tienen un nivel alto de capacidad intelectual que ha perfeccionado el manejo verbal).

A diferencia del histérico que necesita a los espectadores para mostrarse, estos tratan de poseer el auditorio para obtener un fin personal como por ejemplo, los agitadores políticos que utilizan la ideología no por fines sociales sino en beneficio propio.

CONSIDERACIONES MEDICO-PREVISIONALES:

Dadas las características que presentan las personalidades psicopáticas es muy difícil que establezcan relaciones laborales duraderas.

Esto es evidente cuando hacemos el estudio del expediente, generalmente no pasan el año; con ausencias reiteradas y conflictos que más de una vez obligan a la cesantía.

En aquellas tareas que no exigen el cumplimiento de un horario y la obligación de concurrir diariamente (como vendedores, viajantes independientes o sin relación de dependencia) pueden durar más.

Es habitual que las dificultades con el medio laboral, los lleven a solicitar el beneficio de jubilación por invalidez, aduciendo las más variadas patologías, siendo la psiquiátrica una de las más invocada.

Los casos de simulación comprobados se instalan en este tipo de personalidades por su capacidad de actuación, desenfado, audacia y por lo atractivo que le significa burlar a los peritos médicos.

Todo lo detallado conduce a denegar las jubilaciones o pensiones a los psicópatas en sentido estricto a excepción de que se injerte otra patología de magnitud pues los elementos característicos existían al inicio laboral.

La drogadependencia, el alcoholismo (muy comunes), y las descompensaciones psicóticas reiteradas provocan con el tiempo un deterioro que incide previsionalmente y que sí debe ser considerado en estos casos a edades avanzadas.

Hacen excepción a lo anterior las personalidades anormales adquiridas por psicosis esquizofrénica, cuadros cerebrales orgánicos o post-traumáticos severos etc., que deben ser clasificados en el síndrome cerebral orgánico no psicótico y cuya gravedad podrá dar origen o no a un beneficio de jubilación o de pensión.

Las personalidades anormales de los oligofrénicos, llamadas Personalidades Disarmónicas, fueron consideradas en los retardos mentales u oligofrenias, y pueden dar origen a beneficios de pensión.

Las personalidades adictivas sólo son incapacitantes cuando la adicción aludida ha provocado un deterioro irreversible o una psicosis crónica.

Dado que en los últimos años se ha extendido el uso del concepto de Personalidad Borderline, pero que el mismo, no se ha utilizado un criterio universal, se aclara que en este baremo dicho grupo se ha incorporado pero en el sentido de una pre-psicosis cuya fisonomía cambiante y la evolución hacia estados psicóticos frecuentes y duraderos permitirá arribar a la consideración del grado III que puede ser incapacitante desde el punto de vista previsional.

PORCENTAJES

Personalidades Anormales

(Caracteropatías y personalidades psicopáticas constitucionales)

GRADO I (Leve):	0 %
GRADO II (Moderada):	10-15 %
GRADO III (Severa):	25-35 %

Personalidades anormales adquiridas (Seudopsicopatías)

GRADO I (Leve):	0-10 %
GRADO II (Moderada):	11-30 %
GRADO III (Severa):	50-80 %

Personalidad Borderline:

GRADO I (Leve):	1-10 %
GRADO II (Moderada):	11-15 %
GRADO III (Severa):	40-70 %

SIMULACION

"Es el arte usado con astucia por el hombre a fin de mostrar en los actos y en las palabras todo lo contrario de lo que se tiene en el espíritu sea en bien o en mal".

En el orden médico simular es un fraude clínico y/o psiquiátrico, que consiste en crear o acentuar intencionalmente síntomas patológicos con una finalidad especulativa.

TIPO DE SIMULADORES

Clasificación de Soller:

a) Simulación mental total y verdadera.

b) Simulación por exageración o supersimulación.

c) Perseveración o metasimulación.

CUADROS SIMULADOS:

a) Actitudes negativas de estupor, mutismo y seudocatatonía.

b) Manifestaciones más o menos agitadas.

c) Amaneramiento y absurdidad.

d) Delirios.

Los cuadros simulados son agrupaciones sindromáticas pero nunca entidades nosológicas definidas.

El aspecto, el lenguaje y la conducta son característicos tanto en los psicóticos verdaderos como en los simuladores.

El estudio de la mímica, de la mirada (a la que Laurente le dio tanta importancia que aseguraba que sólo con ella se podía hacer el diagnóstico de simulación); el estudio del lenguaje hablado y escrito, la falta de la estructura mórbida y de la lógica mórbida de los falsos delirios; las reacciones atípicas respecto de las esperables en los psicóticos verdaderos; la anarquía de la memoria y otros elementos ponen en evidencia el acto de simular. El manejo experimentado de psiquiatras, psicólogos y el conocimiento de la nosología reduce en la actualidad los riesgos del engaño que en su mayoría han sido y son el producto de errores diagnósticos tanto mayores en cuanto la responsabilidad del dictamen recae en profesionales no psiquiatras o con poca experiencia en la especialidad.

Las simulaciones verdaderas son menos frecuentes que las magnificaciones en personalidades histéricas, psicopáticas o de débiles mentales.

NEUROSIS DE RENTA O SINISTROSIS EN EL SINDROME POST-CONMOCIONAL

DEFINICION - BRISAUD 1908

"Estado mental particular de algunos individuos siniestrados o accidentados que exageran la impotencia funcional, prolongan anormalmente la incapacidad laboral, acentúan las secuelas objetivas —a menudo mínimas con otras subjetivas— y emprenden una actividad paranoide creciente en busca de una indemnización máxima".

1) La importancia de la indemnización está evidenciada en el hecho que las neurosis de renta aparecen más en accidentes camineros e industriales que en los aficionados a los deportes, y entre las personas que tienen seguros, más que en las que no los tienen.

2) "La neurosis de renta o de compensación" rara vez se da en personalidades normales pero sí en aquellas con un fondo neurótico alterado o en psicopatías previas al traumatismo.

3) En la evaluación del síndrome post-conmocional es imprescindible la valoración de la gravedad traumática puesta de manifiesto por la duración de la "amnesia post-traumática".

4) Las secuelas del estado crónico puede clasificarse en:

a) Defectos orgánicos: Demencia post-traumática
Cambios de personalidad
Epilepsia post-traumática
Hematoma crónico subdural.

b) Defecto orgánico funcional: Síndrome post-conmocional
(con o sin neurosis de renta)

c) Psicosis

El síndrome post-conmocional se halla constituido por cefaleas, mareos, pérdida de concentración y de memoria.

CONSIDERACIONES MEDICO PREVISIONALES

La determinación del porcentaje de invalidez en este cuadro se hará conforme a los resultados de la evaluación neurológica, psiquiátrica y psicológica, y se arribará a ella después de realizar todas aquellas pruebas que permitan descartar: alcoholismo, patología de columna cervical y laberíntico vestibular, exploración de vasos carotídeos y reflejos, electroencefalograma, etc.

Los antecedentes médicos, la personalidad pre-traumática y las pruebas psicodiagnósticas permitirán clasificar las neurosis de rentas en leves, moderadas o graves.

NEUROSIS DE RENTA LEVES: GRADO I

Síndrome post-conmocional por traumatismos leves en caracteropatía histérica o "necesitada de estima" de K. Schneider, personalidades psicopáticas y débiles mentales leves y disarmónicos.

El comportamiento general frente a las pruebas psicológicas muestra a modo de ejemplo:

Durante la toma del test de Bender: distorsión, perseveración, sustitución de puntos por líneas, inversión, omisión, en algunas figuras "fuera del contexto esperado" según los antecedentes médicos y la personalidad de base. El tiempo se halla lentificado no correspondiéndose con el ritmo del pensamiento, etc.

En el Test de Rorschach: evitación de respuestas populares y/o reticencia en las láminas con III-IV-VIII-X- u otras (las que deberán ser encuestadas), que no condicen con la sintomatología que aduce ni el juicio de realidad que se encuentra conservado. Las respuestas suelen ser arbitrarias, no concordando con lo percibido ni con ningún otro cuadro clínico.

En el Test P.M.K: inhibición, expansión, evitación en los lineogramas discordante con las perturbaciones afectivas reales y compatible con psicopatías constitucionales, etc.

La actitud frente a los entrevistadores es siempre patética ya sea expresiva, florida o de aparente inhibición es coherente con el terreno de la personalidad anterior, influenciable, susceptible de mejoría con los cambios ambientales y proporcional al grado de beneficio secundario.

NEUROSIS DE RENTA MODERADA: GRADO II

El terreno es siempre una personalidad anormal, más frecuente en caracteropatías como los "necesitados de estima" e "inseguros de sí mismos" de K. Schneider en estos puede haberse injertado alguna situación vital previa que el traumatismo precipitó, una "vivencia de pánico agudo" por el accidente o factores iatrogénicos en el período inmediato de atención.

NEUROSIS DE RENTA SEVERA REVERSIBLE: GRADO III

En personalidades anormales severas, marcadamente paranoides, depresivas o hipocondríacas, puede desarrollarse la "psiconeurosis emotiva de Dupré" con fobias y obsesiones o reacciones vivenciales anormales paranoides "pasibles de curación" con tratamiento adecuado (Neurosis de renta GRADO III).

La evolución hacia una psicosis duradera propia de personalidades litigantes, una neurosis grave o un síndrome "neurasténico-hipocondríaco-depresivo" grave e irreversible, darán lugar a una incapacidad total.

PORCENTAJES

Neurosis de renta GRADO I:	0 %
Neurosis de renta GRADO II:	5-10 %
Neurosis de renta GRADO III:	30-40 %

AREA PSICOLOGICA — USO CLINICO DEL PSICODIAGNOSTICO—.

Durante muchos años, el diagnóstico psiquiátrico dependió fundamentalmente de la observación clínica. Con el advenimiento de los test como método de examen psicológico, estos se convirtieron en un auxiliar indispensable de la Psiquiatría Clínica.

Los tests consisten en colocar a un sujeto en situaciones que ya han sido controladas en una población media. De sus coincidencias o diferencias, tanto cualitativas como cuantitativas se obtendrá el diagnóstico.

Los tests insumen mucho menor tiempo que cualquier otro procedimiento de observación clínica y permiten formular conclusiones de validez comparable.

Es posible la identificación de casos fronterizos, la diferenciación entre psicosis, neurosis, y desórdenes cerebrales orgánicos, la evaluación del nivel intelectual y del deterioro psíquico agregado.

Los tests permiten una valoración objetiva del sujeto en observación. El término objetividad aplicado a un procedimiento psicológico implica dos requisitos técnicos previos:

1. Que los resultados obtenidos mediante tets puedan ser medidos o cuantificados.

2. Que al utilizarlos los examinadores provistos de la necesaria habilidad y experiencia arriben en su mayoría a conclusiones similares.

El examen realizado por psicólogos consiste en una entrevista psicológica semi dirigida que permite corroborar los datos aportados por el afiliado en las instancias anteriores.

La batería de test utilizada, comprende: el de Bender, el Psicodiagnóstico Miokinético, el de Rorschach y los tests Gráficos.

El grupo mencionado es, en general, el más utilizado en los diferentes Servicios de Psicopatología y en otras áreas de investigación de nuestro país.

La descripción de sus características y el valor diagnóstico se hace en hoja aparte.

Hacemos hincapié en la necesidad de que sean practicados varios tests. El diagnóstico será el resultado no sólo de la valoración de cada uno de ellos, sino de la actitud del paciente y su comportamiento durante la realización y todas las verbalizaciones, gestos, posturas, velocidad en los tiempos de respuesta, fatigabilidad, shock ante las láminas o retardo deliberado de las respuestas.

Se considera asimismo de importancia, en caso de duda, o de falta de colaboración evidente una nueva citación a fin de repetirlos para que aporten elementos definitivos.

Dentro del área previsional nos encontramos con una situación particular de trabajo. El afiliado viene a solicitar un beneficio. Esto genera en muchas oportunidades una actitud especulativa de diferente magnitud que va desde una inhibición deliberada frente a las pruebas hasta una magnificación de las dificultades o una simulación verdadera.

Los tests tienen ya estudiados en cada uno de ellos, la forma más común de alterarlos, siendo este recurso de gran valor a los fines de su correcta interpretación profesional.

TESTS PSICOLOGICOS

TEST	TIPO	AREAS QUE EXPLORA	APLICACION
BENDER	TEST VISO-MOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRAFICA MADUREZ DE DEFICIENTES MENTALES MEMORIA. HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES. CAPACIDAD DE INTEGRACION. MAGNIFICACION. SIMULACION.	RETRASOS GLOBALES DE MADURACION. SINDROMES CEREBR. ORGANICOS. PSICOSIS. DEPRESIONES
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCION DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD. NIVEL INTELECTUAL APROXIMADO. DETERIOROS AGREGADOS. SIMULACION.	EN TODOS LOS CUADROS
MIOKINETICO	TEST ACTITUDINAL	TONO PSICOMOTOR. TENDENCIAS DE REACCION Y PERTURBACIONES DE LAS FUNCIONES PSIQUICAS ACTUALES Y PERMANENTES.	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIONES. SIND. CEREBRALES ORGAN. PSICOPATIAS
HTP CASA-ARBOL	TEST PROYECTIVO GRAFICO	REFLEJA LOS ASPECTOS MAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD PROYECCION DE LAS PROPIAS IDENTIFICACIONES.	OLIGOFRENIAS NEUROSIS. PSICOPATIAS. PSICOSIS.

DESIDERATIVO

Indaga el sistema defensivo que dispone el sujeto frente a situaciones de conflicto (laborales, afectivas, etc.) grado de capacidad y modalidad particular de enfrentar una adecuada resolución.

WESCHLER

Explora las cualidades de la inteligencia, capacidad de adaptación a situaciones nuevas y grado de deterioro psico-orgánico: leve, moderado o severo.

RAVEN

Determina en forma categórica el grado de cociente intelectual del sujeto analizando cuantitativamente los niveles de desarrollo alcanzados de acuerdo a Baremo de estricta estandarización tanto a nivel nacional como regional.

WARTEG

Analiza las características de la personalidad de base y rasgos psicopatológicos. De suma utilidad en selección y capacitación laboral ya que permite arribar a un claro perfil de la personalidad y de la aptitud del individuo para desempeñar diferentes tareas.

DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO SEVERA

(Infección por H.I.V. y S.I.D.A.)

TABLA DE INCAPACIDAD

Ante la evaluación de pacientes con esta patología debe tenerse en cuenta la repercusión psíquica de la misma y por consiguiente, deberá adicionarse, si existiera, la incapacidad de origen psiquiátrico.

PERIODO PREPATOGENICO: En este período podemos incluir a las personas pertenecientes a los grupos de alto riesgo y que presentan factores que favorecen los mecanismos de transmisión.

Se hallan presentes dentro de los antecedentes personales:

1. — Homosexuales, promiscuos, pasivos y con enfermedades de transmisión sexual.

2. — Toxicómanos, los que utilizan drogas IV con aguja compartida.

3. — Hemofílicos y politransfundidos, que utilizan hemoderivados no testados para HIV.

4. — Personas que han recibido transfusiones en los últimos años o hijos de madres portadoras.

ESTADIO I:

Infección asintomática.

Sin alteraciones inmunohematológicas.

Con alteraciones inmunohematológicas.

Reacciones serológicas positivas (Elisa - IF) semicuantitativas, cualitativas para confirmación Inmunoblot.

Puede ser portador asintomático sin pasar a otros estadios. 0-10 %

ESTADIO II:

Factor de riesgo presente.

Serología positiva para HIV.

Linfoadenopatía generalizada persistente: se define como el aumento de ganglios palpables de más de 1 cm. de diámetro, generalmente de distribución simétrica, por lo menos en 2 ó más localizaciones extrainguinales que persistan durante al menos 3 meses y que no son explicables por ninguna causa.

Axilares.

Cervicales posteriores.

Supraclaviculares.

Inguinales.

Epitrocleares.

Hiliares.

A veces, este cuadro se acompaña de leucoplasia oral. 10-30 %

ESTADIO III:

Complejo relacionado con el SIDA (C.R.S.) o (A.R.S.).

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y laboratorio, EXCLUSION DE INFECCION POR GERMEN OPORTUNISTA Y DE TUMOR. Una persona debe tener para satisfacer la definición: Linfadenopatías mayores de 1 cm. en dos cadenas extrainguinales más 2 ó más signos o síntomas, más 2 ó más valores analíticos anormales.

SIGNOS- SINTOMAS CLINICOS: Presentes por 3 ó más meses. Pérdida de peso: más de 7 kg. ó 10 % del peso.

Fiebre: más de 38°C intermitente o continua.

Diarrea.

Fatiga muscular.

Sudores nocturnos.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Número disminuido de células OKT 4 menor 500 por mm. cúbico.

Indice OKT 4 - OKT 8 por debajo de 1, alrededor de 0.5.

Anemia o leucopenia o trombopenia o linfopenia.

Hipergammaglobulinemia.

Anergía cutánea a múltiples antígenos.

Niveles de inmuno complejos elevados. 40-60 %

ACLARACION: No todos los pacientes afectos de SIDA han pasado previamente a través de un estado prodrómico ostensible como CFS o LGP ya que la mayoria debutan sin fase sintomática de signos clínicos pero "NO ASI DE LABORATORIO".

ESTADIO IV - SIDA

Esta situación queda definida por la aparición de infecciones oportunistas graves y repetitivas y/o aparición de tumores poco frecuentes en la clínica.

1. - Alteraciones neurológicas: demencia - neuropatia - mielopatia no justificada.

2. - Candidiasis del esófago, tráquea, bronquios o pulmón, diagnosticada por inspección microscópica, por endoscopia, histología o citología sobre una muestra obtenida directamente de los tejidos afectados (incluyendo raspado de la superficie de la mucosa), no a partir del cultivo.

3. - Criptosporidiasis con diarrea persistente más de 1 mes diagnosticada por microscopía (Citología o Histología).

4. - Criptococosis extrapulmonar diagnosticada por microscopio (Histologia o Citología).

5.- Enfermedad Citomegálica de un órgano que no sea hígado, bazo o ganglios linfáticos en un enfermo de más de 1 mes de edad, diagnosticada por microscopía.

6.- Infección por virus herpes simple que causa úlcera mucocutánea persistente más de un mes, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un enfermo de más de un mes de edad diagnosticada por microscopía (Histología o Citología), cultivo o detección de antígenos en una muestra obtenida a partir de tejidos efectados o en un fluido procedente de sus tejidos.

7.- Sarcoma de Kaposi en un enfermo con menos de 60 años diagnosticado por histología.

8.- Linfoma de cerebro primario en un enfermo de menos de 60 años diagnosticado por histología.

9.- Enfermedad por el Complejo de Micobacterium avium o Kansasil diseminada en una localización que no sea pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares, diagnosticada por cultivo.

10.- Neumonía por Pneumocystis Carini progresiva, diagnosticada por cultivo.

11.- Toxoplasmosis cerebral en un enfermo de más de un mes de edad, diagnosticada por microscopía.

12.- Neumonía intersticial linfoide pulmonar (Complejo LIP/PL-H), diagnosticada por microscopía. 70-80 %

NEOPLASIAS

Ser portador, en la actualidad, de una neoplasia, no tiene las implicancias de antaño. Un mayor conocimiento popular y los avances tecnológicos que permiten un diagnóstico más temprano y certero, han cambiado el pronóstico de estas afecciones.

El grado de incapacidad producido por las mismas depende de su ubicación, extensión, compromiso ganglionar local y regional, respuesta al tratamiento quirúrgico, radiante, químico, hormonal y las secuelas del mismo.

La inextirpabilidad del tumor, las metástasis a distancia y las recidivas modifican sustancialmente su pronóstico.

En la actualidad el diagnóstico de neoplasia, per se, no significa invalidez.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Anamnesis

Examen físico:

general

especializado

Laboratorio:

general

especializado

Diagnóstico por imágenes: Rx, Eco, TC, RMN, Centellogramas, Angiografías

Biopsias: endoscópicas

quirúrgicas

SISTEMA DE CLASIFICACION TNM

T:	Tumor primitivo
Tx:	No evaluable
T0:	Sin evidencia clínica de tumor primitivo
T1:	Tumor in situ o pequeño
T2-T4:	Tumor progresivamente mayor o invasión local
N:	Ganglios linfáticos
Nx:	No evaluable
N0:	Sin evidencia clínica de afección ganglionar
N1:	Ganglios regionales
N2-N4:	Diseminación ganglionar progresiva
M:	Metástasis a distancia
Mx:	No evaluables
M0:	Sin evidencia clínica de metástasis
M1:	Existecia de metástasis demostradas

Para la evaluación de la incapacidad por neoplasias, se remiten a los respectivos capítulos.

CLASIFICACION POR ESTADIOS

Carcinoma oculto	Tx	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio II	T2	N1	M0
Estadio III	T3	N2	M1

Algunas neoplasias tiene una estadificación especifica a la que se remite (ej.: Linfomas, en el capitulo de Sangre).

Para calificar el deterioro funcional producido a partir de la lesión neoplásica, es posible la aplicación de los siguientes criterios:

ESCALA DE KARNOFSKY

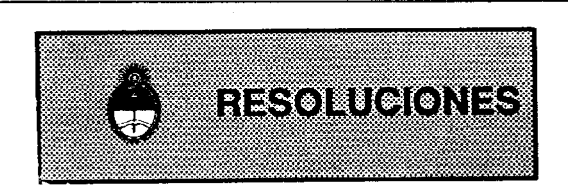
Grado 0: Con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que realizaba previamente.

Grado I: Con restricción al ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulación.

Grado II: Con capacidad para valerse por si mismo y para la deambulación pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50 % del tiempo diurno.

Grado III: Con capacidad limitada para valerse por si mismo; pasa en cama o sentado más del 50 % del tiempo diurno.

Grado IV: Completamente incapacitado.



Ministerio de Defensa
Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto
Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos

EXPORTACIONES NUCLEARES

Resolución conjunta 1373/93 3728/93 y 1634/93

Modifícase el Decreto Nº 603/92, referido a Sustancias Químicas sujetas a control de Exportación por parte del Gobierno Nacional.

Bs. As., 15/12/93

VISTO el Decreto Nº 603 del 9 de abril de 1992 y el Decreto Nº 1291 del 24 de junio de 1993, modificatorio del anterior, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto Nº 603 del 9 de abril de 1992 implementa un régimen de Control de las Exportaciones Sensitivas y de Material Bélico, creando la COMISION NACIONAL DE CONTROL DE EXPORTACIONES SENSITIVAS Y MATERIAL BELICO.

Que el Decreto Nº 1291 del 24 de junio de 1993, en su artículo 1º, inciso b), otorga a dicha COMISION NACIONAL, la facultad de otorgar el "Certificado de Importación", en los términos y con los alcances del Memorándum de Entendimiento entre el Gobierno de la REPUBLICA ARGENTINA y el Gobierno de los ESTADOS UNIDOS DE AMERICA sobre la transferencia y protección de tecnología estratégica firmado el 12 de febrero de 1993.

Que en virtud del artículo 3º del mencionado Decreto, se faculta a los Ministros de DEFENSA, RELACIONES EXTERIORES, COMERCIO INTERNACIONAL Y CULTO, Y ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS a modificar por resolución conjunta las listas de productos químicos, misilísticos y nucleares o de uso nuclear que deben quedar bajo control de la COMISION NACIONAL DE CONTROL DE EXPORTACIONES SENSITIVAS Y MATERIAL BELICO, a los efectos de efectuar un apropiado control de las operaciones de exportación a que ellas se refieren.

Que se deben tomar los recaudos necesarios para que los compromisos internacionales asumidos por el país en el área de la no proliferación de armas de destrucción masiva, se vean efectivamente cumplidos en el territorio nacional, implementando los procedimientos que resulten menester.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por el art. 3º del Decreto Nº 1291 del 24 de junio de 1993 y por el art. 4º, inciso b, apartado 9 del Decreto Nº 438 del 12 de marzo de 1992 - *Ley de Ministerios (t.o. 1992)*.

Por ello,

LOS MINISTROS DE DEFENSA,
DE RELACIONES EXTERIORES, COMERCIO
INTERNACIONAL Y CULTO Y DE
ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
RESUELVEN:

Artículo 1º — Sustitúyese el Anexo B del Decreto Nº 603 del 9 de abril de 1992, referido a "Sustancias Químicas sujetas a Control de Exportación por parte del Gobierno Nacional", por el texto que como Anexo I forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Apruébase el modelo de "Certificado de Importación", que como Anexo II forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 3º — La COMISION NACIONAL DE CONTROL DE EXPORTACIONES SENSITIVAS Y MATERIAL BELICO notificará a la ADMINISTRACION NACIONAL DE ADUANAS, la emisión de cada "Certificado de Importación", remitiéndole copia del mismo.

Art. 4º — La ADMINISTRACION NACIONAL DE ADUANAS deberá registrar los Certificados de Importación emitidos, verificando que no se efectúen reexportaciones de los materiales importados mediante dichos Certificados de Importación, sin autorización expresa de la COMISION NACIONAL DE CONTROL DE EXPORTACIONES SENSITIVAS Y MATERIAL BELICO.

Art. 5º — Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese. — Oscar H. Camilión. — Guido Di Tella. —Domingo F. Cavallo.

ANEXO I

ANEXO B

PARTE 1: SUSTANCIAS QUIMICAS SUJETAS A CONTROL DE EXPORTACION POR PARTE DEL GOBIERNO NACIONAL

Compuestos químicos	Servicios de resúmenes químicos (CAS): nº de registro
LISTA ACTUAL (Nros. 1-59)	
1. — Tiodiglicol	(111-48-8)
2. — Oxicloruro de fósforo	(10025-87-3)
3. — Dimetil-metilfosfonato	(756-79-6)
4. — Metil-fosfonil-difluoruro	(676-99-3)
5. — Metil-fosfonil-dicloruro	(676-97-1)
6. — Dimetil-fosfito	(868-85-9)
7. — Tricloruro de fósforo	(7719-12-2)
8. — Trimetil-fosfito	(121-45-9)
9. — Cloruro de tionilo	(7719-09-7)
10. — 3-hidroxi-1-metilpiperidina	(3554-74-3)
11. — Cloruro N.N. diisopropil-(beta)-Aminoetilo	(96-79-7)
12. — Tiol N.N. Diisopropil-(beta)-Aminoetilo	(5842-07-9)
13. — 3-Quinuclidinol	(1619-34-7)
14. — Fluoruro de potasio	(7789-23-3)
15. — 2-Cloroetanol	(107-07-3)
16. — Dimetilamina	(124-40-3)
17. — Dietil-etilfosfonato	(78-38-6)
18. — Dietil N.N.-Dimetilfosforamidato	(2404-03-7)
19. — Dietil-fosfito	(762-04-9)
20. — Hidrocloruro de dimetilamina	(506-59-2)
21. — Etil-fosfinil-dicloruro	(1498-40-4)
22. — Etil-fosfonil-dicloruro	(1066-50-8)
23. — Etil-fosfonil-difloruro	(753-98-0)
24. — Fluoruro de hidrógeno	(7664-39-3)
25. — Benzilato de metilo	(76-89-1)
26. — Metil-fosfinil-dicloruro	(676-83-5)
27. — Etanol N.N. diisopropil-(beta)-Amino	(986-80-0)
28. — Alcohol Pinacolílico	(464-07-3)
29. — Metilfosfonita O-Etil 2 Diisopropilaminoetilo	(57856-11-8)
30. — Trietil-fosfito	(122-52-1)
31. — Tricloruro de arsénico	(7784-34-1)
32. — Acido Bencílico	(76-93-7)
33. — Dietil-metilfosfonita	(15715-41-0)
34. — Dimetil-etilfosfonato	(6163-75-3)
35. — Etil fosfonil difluoruro	(430-78-4)
36. — Metil fosfinil difluoruro	(753-59-3)
37. — 3-Quinuclidone	(3731-38-2)
38. — Pentacloruro de fósforo	(10026-13-8)
39. — Pinacolona	(75-97-8)
40. — Cianuro de potasio	(151-50-8)
41. — Bifluoruro de potasio	(7789-29-9)
42. — Bifloruro de amonio	(1341-49-7)
43. — Bifloruro de sodio	(1333-83-1)
44. — Fluoruro de sodio	(7681-49-4)
45. — Cianuro de sodio	(143-33-9)
46. — Tri-etanolamina	(102-71-6)
47. — Pentasulfuro de fósforo	(1314-80-3)
48. — Di-isopropilamina	(108-18-9)
49. — Dietilaminoetanol	(100-37-8)
50. — Sulfuro de sodio	(1313-82-2)
51. — Monocloruro sulfúrico	(10025-67-9)
52. — Dicloruro sulfúrico	(10545-99-0)
53. — Hidrocloruro de trietanolamina	(637-39-8)
54. — Cloruro de oxalilo	(79-37-8)
55. — Cloruro de tiofosforilo	(3982-91-0)
56. — Metilfosfonato dietílico	(683-08-9)
57. — Acido metilfosfónico	(993-13-5)
58. — Dicloruro N.N.-dimetilaminofosforilo	(677-43-0)
59. — Cloruro hidrocloruro N. N-diisopropil-2-aminoetil	(4261-68-1)

Las mezclas conteniendo cualquiera de los productos químicos del presente listado (Anexo B Parte I) quedan incluidas a efectos de esos mismos controles, excepto cuando el compuesto químico es un ingrediente normal en productos de consumo puestos a la venta o una impureza que no fuera intencionalmente agregada.

PARTE 2: LISTA DE CONTROL DE EQUIPAMIENTOS E INSTALACIONES DE FABRICACION DE USO DUAL PARA PRECURSORES QUIMICOS Y LA TECNOLOGIA A ELLOS REFERIDA.

I. EQUIPAMIENTOS E INSTALACIONES DE FABRICACION

NOTA 1. El objetivo de este control no debería ser la anulación de la transferencia de cualquier ítem no controlado, conteniendo uno o más componentes controlados, donde el componente controlado és el principal elemento de los ítems y puede ser factible de remover o usar para otros propósitos.

NB: Dentro de este criterio, si el componente o componentes controlados son considerados los elementos principales, la AUTORIDAD deberá sopesar los factores de: cantidad, valor y "KNOW HOW" tecnológicos involucrados u otras circunstancias especiales que pudieron establecer el componente o componentes controlados como el elemento principal del ítem que se está procurando.

NOTA 2: El objetivo de estos controles no debería ser la anulación de la transferencia de una planta completa, en cualquier escala dimensional, que no haya sido diseñada para producir algún agente de guerra química o precursor químico controlado por el listado Nº 1 del presente anexo B.

1. Cubas de Reacción, Reactores o Agitadores.

Las cubas de reacción o reactores con o sin agitadores, con volumen geométrico interno total mayores de 0,1 m^3 (100 lts) y menores de 20 m^3 (20.000 lts) donde todas sus superficies que están en contacto directo con los reactivos químicos que están procesando o conteniendo estén hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP, donde:

PTFE: POLI TETRA FLUORO ETILENO (TEFLON)

PVDF: FLUORURO DE POLIVINILIDENO

PFA o TEFLON PFA: POLITETRA FLUORO ETILENO con cadenas laterales Perfluoruro Alquílicas

FEP: Copolímeros de ETILENO-PROPILENO FLUORADOS

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

Agitadores para el uso en los arriba mencionados cubas de reacción o reactores, donde toda la superficie del agitador que están en contacto directo con los reactivos químicos que están procesando o conteniendo están hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

2. Tanques de Almacenaje, Contenedores o receptores transitorios en la línea de producción.

Tanques de almacenaje, contenedores o receptores transitorios en la línea de producción con un volumen geométrico interno mayor de 0,1 m^3 (100 lts) donde todas sus superficies que están en contacto directo con los reactivos químicos que fueron procesados están hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio

3. Intercambiadores de Calor o condensadores.

Los intercambiadores de calor o condensadores con una superficie de transferencia térmica de área menor de 20 m^2, donde toda la superficie que está en contacto directo con los productos químicos en proceso están hechas de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

4. Columnas de Destilación y Absorción.

Las columnas de destilación y absorción de diámetro interno mayor de 0,1 m; donde toda la superficie que está en contacto directo con los productos químicos en proceso están hechas de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

5. Equipos de envasado.

Los equipos de envasado operados en control remoto, con toda su superficie que está en contacto directo con los productos químicos en proceso están hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso para ambos.

6. Válvulas.

Las válvulas que poseen múltiples sellos de seguridad, e incorporadas puertas de detección de fugas, válvulas fuelles selladas, válvulas sin retorno (verificables) o válvulas de diafragma, en las cuales todas las superficies que están en contacto directo con los reactivos químicos que fueron procesados están hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

7. Tuberías de paredes múltiples.

Las tuberías de paredes múltiples que llevan incorporadas puertas de detección de pérdidas con toda su superficie que están en contacto con los reactivos químicos que fueron procesados están hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

8. Bombas.

Las bombas, con múltiples sellos de seguridad de fuga, conducción blindada, conducción magnética de fuelle o de diafragma, con una velocidad de flujo máximo especificado por el fabricante mayor de 0,6 m^3/h, o bombas de vacío con una velocidad de flujo máximo especificado por el fabricante mayor de 5,0 m^3/h (bajo las condiciones standard: Temperatura 0°C, presión 101,3 kPa) con toda su superficie que está en contacto directo con los reactivos químicos que fueron procesados, están hechos de los siguientes materiales:

(a) Níquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Níquel y 20 % de cromo peso.

(c) Fluorpolímeros PTFE, PVDF, PFA y FEP.

(d) Vidrio o vidriado (incluido recubrimiento vitrificado o esmaltado).

(e) Grafito.

(f) Tantalio o aleaciones de tantalio.

(g) Titanio o aleaciones de titanio.

(h) Zirconio o aleaciones de zirconio.

9. Incineradores.

Los incineradores diseñados para la destrucción de agentes de guerra químico CW, precursores controlados por el Anexo B parte I o la munición de guerra química que tienen un diseño especial de sistema de suministro de residuos, facilidades específicas de manipuleo y una temperatura media de la cámara de combustión superior a 1000ºC, siempre que todas las superficies en el sistema de aprovisionamiento, que entran en contacto directo con los agentes o precursores, estén hechos de o forrados con los siguientes materiales:

(a) Niquel o aleaciones con más de 40 % en peso de níquel.

(b) Aleaciones con más de 25 % de Niquel y 20 % de cromo peso.

(i) Cerámicos

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Estos controles no serán aplicados al equipamiento que está especialmente diseñado para uso en aplicaciones civiles (por ejemplo, procesamiento de alimentos, procesamiento de pulpa y papel o purificación de agua, etc.) y es por la naturaleza del diseño, inapropiado para uso en almacenamiento, procesamiento, producción o transporte y control del flujo de agentes químicos de guerra o cualquier precursor químico listado en el ANEXO B PARTE Nº 1.

II. SISTEMAS DE CONTROL DE GASES TOXICOS Y DETECTORES.

Sistema de Control de gases tóxicos y detectores incorporados a los mismos:

a) diseñados para operación continua y de uso para la detección de agentes químicos de guerra, precursores químicos listados en el ANEXO B PARTE Nº 1 o compuestos orgánicos conteniendo fósforo, azufre, flúor o cloro y sus compuestos a una concentración menor de 0,3 miligramos por metro cúbico de aire.

b) diseñados para la detección de inhibidores de la actividad de la Colinesterasa.

III. TECNOLOGIA RELACIONADA

La transferencia de tecnología, incluyendo licencias, directamente asociadas con:

— Agentes de guerra química

— Precursores químicos listados en el ANEXO B PARTE Nº 2 hasta el punto tolerado por la legislación nacional.

El control sobre la transferencia de tecnología no debe aplicarse a la información de "dominio público" o a los desarrollos científicos básicos.

La aprobación para exportar la tecnología para cualquiera de los ítems controlados, indicados más arriba, de equipos de uso dual autoriza la exportación para el mismo destinatario final del mínimo de tecnología requerida para la instalación, operación, mantenimiento o reparación de aquel ítem.

DEFINICION DE TERMINOS

"Tecnología"

Información específica necesaria para el desarrollo, producción o uso de un producto. La información toma forma de "Datos Técnicos" o "Asistencia Técnica".

"Desarrollo"

Desarrollo es relativo a toda fase anterior a la producción tal como:

— diseño

— desarrollo del diseño

— análisis del diseño

— concepto del diseño

— montaje del prototipo

— esquema de la producción piloto

— datos del diseño

— proceso de transformación de los datos del diseño en un producto.

— configuración del diseño

— integración del diseño

— trazado, plan

"En el dominio público"

"En el dominio público", como está aplicado aquí, significa que la tecnología ha sido hecha posible sin restricciones sobre el adelanto de la divulgación. (Las restricciones de derechos de autor no suprime la tecnología de ser del dominio público).

"Producción"

Producción significa todas las fases de producción tal como:

— construcción

— ingeniería

— manufactura

— integración

— montaje

— inspección

— pruebas

— garantía de calidad

"Asistencia Técnica"

Puede tomar la forma como anteproyectos, proyectos, modelos, fórmulas, tablas, diseños ingenieriles y especificaciones, manuales e instrucciones escritas o grabadas en otros medios o mecanismos tales como un disco, cintas o lectores de memorias.

"Uso"

Operación, instalación (incluida la instalación en su lugar físico), mantenimiento, control, inspección, reparación, repasado o renovación.

PARTE 3a: LISTA DE AGENTES BIOLOGICOS PARA CONTROL DE EXPORTACIONES

LISTA PRINCIPAL

VIRUS

V1. Virus Chikungunya
V2. Virus de la fiebre hemorrágica de Congo-Crimea
V3. Virus de la fiebre Dengue
V4. Virus de la encefalitis equina del Este
V5. Virus Ebola
V6. Virus Hantaan
V7. Virus Junín
V8. Virus de la fiebre Lassa
V9. Virus de la Coriomeningitis linfocítica
V10. Virus Machupo
V11. Virus Marburg
V12. Virus de la viruela de los monos
V13. Virus de la fiebre del Valle de Rift
V14. Virus de la encefalitis Tick-borne (Russian Spring-Summer encephalitis virus)
V15. Virus de la viruela
V16. Virus de la encefalitis equina de Venezuela
V17. Virus de la encefalitis equina del Oeste
V18. Virus de la viruela blanca (White Pox)
V19. Virus de la fiebre amarilla
V.20. Virus de la encefalitis japonesa

RICKETTSIAE

R1. Coxiella Burnetii
R2. Rickettsia quintana (ahora conocida como Rochalimea Quintana)
R3. Rickettsia prowasecki
R4. Rickettsia rickettsii

BACTERIAS

B1. Bacillus anthracis
B2. Brucella abortus
B3. Brucella melitensis
B4. Brucella suis
B5. Chlamydia psittaci
B6. Clostridium botulinum
B7. Francisella Tularensis
B8. Pseudomonas mallei
B9. Pseudomonas pseudomallei
B10. Salmonella typhi
B11. Shigella dysenteriae
B12. Vibrio cholerae
B13. Yersinia pestis

MICROORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS

G1. Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias de ácido nucleico asociados con patogenicidad y que deriven de organismos de la lista principal.
G2. Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias de ácido nucleico codificados para cualquiera de las toxinas de la lista principal.

TOXINAS

T1. Toxina Botulínica

T2. Toxina Clostridium perfringens

T3. Conotoxina

T4. Ricino

T5. Saxitoxina

T6. Toxina Shiga

T7. Toxina de Staphilococcus aureus

T8. Tetrodotoxina

T9. Verotoxina

T10. Microcystina (Cyanginosina)

PARTE 3b: LISTA DE AGENTES BIOLOGICOS PARA EL CONTROL DE EXPORTACION

LISTADO ADICIONAL DE ALERTA

VIRUS

WV1. Virus Kyasamur Forest

WV2. Louping ill virus

WV3. Virus de la encefalitis Murray Valley

WV4. Virus de la fiebre hemorrágica Omsk

WV5. Virus Oropouche

WV6. Virus Powassan

WV7. Virus Rocio

WV8. Virus de la encefalitis de St. Louis

BACTERIA

WB1. Clostridium perpringens (*)

WB2. Clostridium tetani (*)

WB3. Escherichia coli enterohemorrágica serotipo 0157 y otras verotoxinas productoras de serotipos

WB4. Legionella pneumophila

WB5. Yersinia pseudotuberculosis

MICROORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS

WG1. Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias de ácidos nucleicos asociados con patogenicidad y que deriven de organismos del listado Adicional de Alerta

WG2. Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias codificadas de ácidos nucleicos con cualquiera de las toxinas del listado Adicional de Alerta

TOXINAS

WT1. Abrin

WT2. Toxina de cólera

WT3. Toxina del Tétano

WT4. Micotoxinas Tricotecénicas

(*) Se reconoce que estos microorganismos son ubicuos, pero, así como ellos han sido incorporados en el pasado como parte de los programas de armas biológicas, son signos de especial cautela.

PARTE 4: LISTA DE AGENTES PATOGENOS DE ANIMALES PARA EL CONTROL DE EXPORTACION

VIRUS

AV1. Virus de la fiebre porcina Africana

AV2. Virus de la influenza Avian (*)

AV3. Virus de la enfermedad de la lengua azul (Blue-tongue)

AV4. Virus de la enfermedad de pies y bocas (Foot and mouth disease)

AV5. Virus de la viruela de las cabras (Goat pox)

AV6. Virus Herpes (enfermedad de Aujeszky)

AV7. Virus del cólera Porcino (sinónimo: SWINE FEVER VIRUS)

AV8. Virus Lyssa

AV9. Virus de la enfermedad de Newcastle

AV10. Peste des petits ruminants virus

AV11. Enterovirus Porcino tipo 9 (sinónimo: SWINE VESICULAR DI SEASE VIRUS)

AV12. Virus de la peste bovina (Rinderpest)

AV13. Virus de la viruela de las ovejas (Sheep pox)

AV14. Virus de la enfermedad de Teschen

AV15. Virus de la estomatitis vesicular

(*) AV2: Virus de la influenza Avian; incluyen sólo aquellos virus de la influenza Avian de alta patogenicidad como los definidos en EC DIRECTIVE 92/40/EC: "Virus tipo A con IVPI (Indice de Patogenicidad intravenosa) en pollos de 6 semanas mayor de 1.2 o virus tipo A, subtipo H5 o H7 para los que la secuencia de nucleotidos ha manifestado múltiples aminoácidos básicos en el sitio de hendidura de la hemaglutinina".

BACTERIA

AB3. Mycoplasma mycoides

MICROORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS

AG1. Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias de ácidos nucleicos asociados con patogenesis derivados de los organismos de esta lista.

PARTE 5: LISTA DE AGENTES PATOGENOS DE PLANTAS PARA EL CONTROL DE EXPORTACIONES

BACTERIAS

PB1 Xanthomonas albilineans

PB2 Xanthonomas campestri pv citri

HONGOS

PF1 Colletotrichum coffeanum var virulans

PF2 Cochliobolus miyabeamus (Helminthosporium oryzae)

PF3 Microcyclus ulei (sin Dothidella ulei)

PF4 Puccinia graminis (sinónimo: Puccinia Graminis f. sp. Tritici)

PF5 Puccinia striiformis (Puccinia Glumarum)

PF6 Pyricularia grisea/Pyricularia oryzae.

MICROORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADO

PG1 Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias de ácidos nucleicos asociados con patogenicidad derivado de los micro organismos de esta lista.

ITEMS A INCLUIR EN LAS PAUTAS DE VIGILANCIA ESTABLECIDAS

BACTERIAS

PWB1 Xanthomonas campestris pv. oryzae

PWB2 Xyella fastidiosa

HONGOS

PWF1 Deuterophoma trapchephila (sinónimo: Phona tracheiphila)

PWF2 Monilia rorei (sinónimo: Moniliophthora rorei)

VIRUS Y VIROIDES

PWV1 Viroides del tubérculo de la papa

MICROORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADO

PWG1 Microorganismos genéticamente modificados o elementos genéticos que contengan secuencias de ácidos nucleicos asociados con patogenicidad derivado de los micro organismos en las listas de pautas de vigilancias establecidas.

PARTE 6: EQUIPAMIENTO DE USO BIOLOGICO DUAL PARA CONTROL DE EXPORTACIONES

Equipamientos que deberán estar sujetos a los controles de exportación.

1. FACILIDADES COMPLETAS ENCERRADAS A NIVEL P3, P4 DE AISLACION DE SEGURIDAD.

Facilidades completas a nivel P3 ó P4 (BL3, BL4, L3, L4) del criterio sobre encierro de seguridad especificado por la Organización Mundial de la Salud O.M.S. (WHO) en su manual sobre Bioseguridad de Laboratorios (WHO Laboratory Biosafety Manual, Ginebra, 1983), deben estar sujetas al Control de Exportaciones.

2. FERMENTADORES (*)

Fermentadores con capacidad de efectuar cultivos de microorganismos patogénicos, virus o para la producción de toxinas, sin la propagación de aerosoles (fugas) y que tengan todas las siguientes característica:

a) Capacidad igual o mayor de 300 litros.

b) Juntas selladoras dobles o múltiples con las áreas que contengan vapor.

(*) Incluye los subgrupos de fermentadores: bioreactores, quimiostatos y sistemas de flujo continuo.

3. SEPARADORES CENTRIFUGOS (*)

Separadores centrífugos con capacidad de separación continua de microorganismos patogénicos, sin que propague aerosoles y posean todas las características indicadas a continuación:

a) Capacidad de un flujo mayor de 100 litros por hora.

b) Componentes pulidos de acero inoxidable o titanio.

c) Juntas dobles o múltiples de las áreas que encierran vapor.

d) Capacidad in-situ para esterilización con vapor, en estado cerrado (manteniendo la clausura).

(*) Los separadores centrífugos incluyen decantadores.

4. EQUIPOS DE FILTRADO "CROSS-FLOW"

Equipos de filtrado "Cross-Flow" para separación continua de microorganismos patogénicos, virus, toxinas y cultivos celulares sin que dé lugar a propagación de aerosoles, teniendo todas las siguientes características:

a) Igual o mayor de 5 m².

b) Capaz de esterilizar in-situ

5. EQUIPOS DE SECADO Y CONGELAMIENTO

Equipamiento de congelación y secado del vapor. Esterilización con un condensador cuya capacidad será mayor de 50 Kg y menor de 1000 Kg de hielo en 24 horas.

6. EQUIPAMIENTO QUE ESTA INCORPORADO O ESTA CONTENIDO EN P3 O P4 (BL3, BL4, L3, L4) ALOJADOS EN EL RECINTO TALES COMO:

a) Ventilación independiente de protección total o parcial.

b) Gabinetes biológicos de seguridad clase III o aislados con similares standards de desempeño.

7. CAMARAS DE INHALACION DE AEROSOLES

Cámaras diseñadas para efectuar pruebas de testeo con microorganismos patogénicos, virus o toxinas y que tengan una capacidad de 1 m³ o mayor.

PARTE 6 bis: AUXILIAR RECOMENDADA

1. Equipamiento para micro encapsulación de microorganismos vivos y toxinas en el rango de partícula de 1 a 10 µm, específicamente:

a) Policondensadores Interfaciales.

b) Separadores de fases.

2. Fermentadores de menos de 300 litros de capacidad, con especial énfasis, cuando hay órdenes de agregados o diseños para uso de sistemas combinados.

3. Sistemas de circulación de aire convencional o turbulentos para recintos con aire limpio y unidades de filtro HEPA, y ventilador para circuito cerrado que puedan ser usados en sistemas de aislación completa tipo P3 o (BL3, BL4, L3, L4).

ANEXO II

COMISION NACIONAL DE CONTROL DE EXPORTACIONES SENSITIVAS Y MATERIAL BELICO

CERTIFICADO DE IMPORTACION - IMPORT CERTIFICATE

ITEM 1

- USUARIO FINAL - END USER:

Nombre - Name

Domicilio - Address

Localidad - City TE-FAX

CUIT Nº Importador Nº / Importer Nº

- IMPORTADOR - IMPORTER:

Nombre - Name

Domicilio - Address

Localidad - City TE-FAX

CUIT Nº Importador Nº / Importer Nº

ITEM 2

- EXPORTADOR - EXPORTER:

Nombre - Name

Domicilio - Address

Localidad - City TE-FAX

País - Country

ITEM 3

- PRODUCTO - GOODS:
- N.C.E.:

- DESCRIPCION DEL PRODUCTO - DESCRIPTION OF GOODS

CANTIDAD QUANTITY	UNID.MED. MEASURE UNIT	PRECIO UNITARIO (U$S) UNIT PRICE	VALOR TOTAL (U$S) TOTAL VALUE

ITEM 4

- INFORMACION COMPLEMENTARIA - ADDITIONAL INFORMATION:

ITEM 5

El abajo firmante manifiesta que la importación se destina a la República Argentina, dejando expresa constancia que los productos descriptos en el Item 3 no serán transferidos ni reexportados a otro destino, sin autorización expresa de las autoridades del país de origen, comprometiéndose a notificar a la Comisión Nacional de Control de Exportaciones Sensitivas y Material Bélico de la República Argentina si se producen cambios en los hechos o intenciones aquí expuestas. Asimismo, se compromete a aceptar los procedimientos de verificación de entrega de los productos ingresados a la República Argentina, permitiendo la realización de las inspecciones requeridas por las autoridades argentinas, con la participación de un funcionario del país exportador, previo a otorgarse la licencia y posterior a la recepción, para verificar las instalaciones y posterior uso de acuerdo con los términos de la autorización de exportación para los productos y tecnologías importadas.

The undersigned declares that the import is to be destined to the Argentine Republic, under the statement that the goods described in the item 3, will not be transferred nor reexported to another destination, without explicit authorization of the country of origin. He commits himself to notify the "Commision for the Control of Sensitive and War Material Exports" about any changes in the facts or intends set forth herein. In the case of goods already within the territory of Argentina, the undersigned will accept the concerning verification procedures allowing the inspection that the Argentine authorities might require with the participation of an official of the exporting country. The verification could be held before the granting of the license or after the entrance of the goods. Both the installations and final use will be due to verification under the terms of the export authorization for imported goods and technologies.

....
Firma Importador
Importer Signature

....
Lugar y Fecha
Place and Date

Comisión Nacional de Control de Exportaciones Sensitivas y Material Bélico

Buenos Aires,

....
Firma y Sello
Signature and Seal

....
Firma y Sello
Signature and Seal

....
Firma y Sello
Signature and Seal

....
Firma y Sello
Signature and Seal

Dirección General Impositiva

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Resolución General 3864/94

Recursos de la Seguridad Social. Resoluciones Generales Nros. 3847 y 3855. Nuevas fechas de vencimiento. Período julio 1994.

Bs. As., 12/8/94

VISTO las Resoluciones Generales Nros. 3847 y 3855, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la segunda resolución general citada se dispuso el procedimiento que deben utilizar los beneficiarios de prestaciones previsionales que reingresen a la actividad en carácter de trabajadores autónomos, a los fines de efectuar los aportes previstos en el artículo 11 de la Ley Nº 24.241 y su modificatoria, estableciéndose que los mismos se ingresarán en los plazos indicados en la Resolución General Nº 3847.

Que a los fines de posibilitar a los contribuyentes involucrados el debido cumplimiento de sus obligaciones, resulta aconsejable disponer —con carácter excepcional— nuevas fechas de vencimiento para el ingreso de los aportes referenciados en el Considerando precedente, correspondientes al período julio del corriente año.

Que han tomado la intervención que les compete las Direcciones de Legislación, de Programas y Normas de Recaudación y de Coordinación Operativa.

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por los artículos 5º y 7º de la Ley Nº 11.683, texto ordenado en 1978 y sus modificaciones.

Por ello,

EL DIRECTOR GENERAL A CARGO
DE LA DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA
RESUELVE:

Artículo 1º — Fíjanse, como nuevas fechas de vencimiento —en sustitución de las referidas en el artículo 4º de la Resolución General Nº 3855— para el ingreso de los aportes correspondientes, exclusivamente, al período julio de 1994, a efectuar por los trabajadores autónomos comprendidos en el artículo 1º de la citada resolución general, las siguientes:

1. Responsables cuyo número de clave única de identificación tributaria (C.U.I.T.) termine en cero, uno, dos o tres: 29 de agosto de 1994.

2. Responsables cuyo número de clave única de identificación tributaria (C.U.I.T.) termine en cuatro, cinco o seis: 30 de agosto de 1994.

3. Responsables cuyo número de clave única de identificación tributaria (C.U.I.T.) termine en siete, ocho o nueve: 31 de agosto de 1994.

Art. 2º — Regístrese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Pedro C. Cavallieri.

Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos

NOMENCLATURA DEL COMERCIO EXTERIOR

Resolución 981/94

Modificación.

Bs. As., 16/8/94

VISTO, el Expediente Nº 609.558/94 del Registro del MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS, y

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario proceder a la desgravación arancelaria y eximir del pago de la tasa estadística a determinados hornos de material cerámico refractario destinados a la producción de coque.

Que la medida que se propicia se encuadra en el marco del tratamiento general dispuesto para los bienes de capital.

Que en tal sentido han tomado intervención las respectivas áreas técnicas de la SECRETARIA DE COMERCIO E INVERSIONES y de la SECRETARIA DE INDUSTRIA.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos de este Ministerio ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente resolución se dicta en función de lo previsto en la Ley 22.415, en la Ley de Ministerios —t.o. en 1992— y en la Ley 22.792 y en uso de las facultades conferidas por los Decretos Nros. 751 de fecha 8 de marzo de 1974, 101 de fecha 16 de enero de 1985 y 1011 de fecha 29 de mayo de 1991.

Por ello,

EL MINISTRO DE ECONOMIA Y OBRAS
Y SERVICIOS PUBLICOS
RESUELVE:

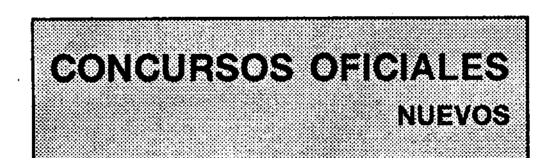
Artículo 1º — Incorpórase en la Nomenclatura del Comercio Exterior (N.C.E.), la siguiente posición y su respectivo derecho de exportación (DE), reintegro (R) y derecho de importación (DI):

		DE %	R %	DI %
6903.90.220	Hornos de coquería cerámicos refractarios	0	15	0

Art. 2º — Exímese del pago de la tasa de estadística a las mercaderías que se importen con destinación definitiva para el consumo, comprendidas en la posición arancelaria 6903.90.220 de la Nomenclatura del Comercio Exterior (N.C.E.).

Art. 3º — La presente resolución comenzará a regir a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Domingo F. Cavallo.



MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS

SECRETARIA DE COORDINACION LEGAL, TECNICA Y ADMINISTRATIVA

EL ESTADO SELECCIONA

CONVOCASE A SELECCION EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE LA PROFESION ADMINISTRATIVA (S. I. N. A. P. A.) PARA LA COBERTURA DE CARGOS VACANTES EN LA **SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y PESCA** DE ACUERDO AL SIGUIENTE DETALLE:

SISTEMA GENERAL: Podrán presentarse quienes revisten en Planta Permanente o No Permanente en el MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS y los agentes de Planta Permanente de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal que reúnan los requisitos exigidos.

CARGOS VACANTES	NIVEL ESCALAFONARIO
ASISTENTE TECNICO ADMINISTRATIVO (1)	D
SECRETARIA/O (1)	D
AUXILIAR ADMINISTRATIVO (5)	E

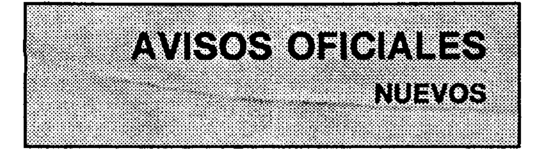
SISTEMA ABIERTO: Nivel "C": Podrán presentarse postulantes de los ámbitos Público y Privado de nacionalidad argentina que reúnan los requisitos exigidos: Título Universitario o Terciario. Edad no inferior a 21 años.

CARGOS VACANTES	NIVEL ESCALAFONARIO
ANALISTA EN ESTIMACIONES AGRICOLAS (1) (Ingeniero Agrónomo)	C
BIBLIOTECARIA/O (1) (Bibl. Nac. o carreras afines)	C
ASESOR (1) (Lic. en Cs. de la Comunicación, Periodismo, Sociología u otras carreras afines a las funciones)	C
ANALISTA DE INSUMOS AGRICOLAS (1) (Ingeniero Agrónomo o equivalente)	C
ANALISTA DE MERCADOS (1) (Ingeniero Agrónomo, Lic. en Econ., Lic. en Comerc. u otras carreras afines a las funciones)	C
INSPECTOR (1) (Ing. Naval o equivalente)	C
COORDINADOR TECNICO ADMINISTRATIVO (DE PROYECTOS DE PESCA) (1) (Lic. en Rel. Ind., Zoología, Biología, Economía, u otras carreras afines a las funciones)	C
ANALISTA TECNICO (4) (Ing. Agrónomo, Lic. en Econ. Agropec., Cs. Polit., Com. Ext., Rel. Internacionales, Ciencias Económicas u otras carreras afines a las funciones)	C

ASIGNACION BASICA: Nivel "C": $ 980,= - Nivel "D": $ 700,= - Nivel "E": $ 420,=.

Información complementaria e inscripción: Hipólito Yrigoyen 250 - 2° piso of. 210 "B". Desde el 18 de Agosto hasta el 24 de Agosto inclusive en el horario de 10,30 a 13,00 hs. y de 14,00 a 17,00 hs.

e. 17/8 Nº 2648 v. 17/8/94



MINISTERIO DEL INTERIOR

La Secretaría de Población y Relaciones con la Comunidad del Ministerio del Interior informa que a partir del día 18 de agosto de 1994 entra en vigencia el Decreto 1023/94 para los nacionales sudamericanos.

Prof. ALDO OMAR CARRERAS, Secretario de Población y Relaciones con la Comunidad.

e. 17/8 Nº 2678 v. 17/8/94

MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS

SECRETARIA DE INGRESOS PUBLICOS

DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA

FE DE ERRATAS

— LISTADO DE CONSTANCIAS DEFINITIVAS DE NO RETENCION DEL IMPUESTO A LAS GANANCIAS ART. 28 - RESOLUCION GENERAL Nº 2784.

DEPENDENCIA:
CODIGO: 010

NUMERO DE CONSTANCIA	C.U.I.T. Nº	Nº de INSCRIPCION	CONTRIBUYENTE PETICIONARIO
001-049-94	30-64668693-4		LA DILIGENCIA S.A.

TOTAL CONSTANCIAS: UNA (1)

e. 17/8 Nº 2673 v. 17/8/94

INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA

El INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA hace saber a la COOPERATIVA DE TRABAJO "TURDERA SUR" LTDA., matrícula 9883, que en el sumario que tramita por Expediente Nº 55.729/93 se ha dictado la Resolución Nº 099/94 que textualmente expresa: "BUENOS AIRES, 15 de febrero de 1994.- VISTO el expediente Nº 55.729/93 correspondiente a la COOPERATIVA DE TRABAJO "TURDERA SUR" LTDA. matrícula 9883, con domicilio legal en Moreno 1783 Departamento 2 Subsuelo, Capital Federal, y CONSIDERANDO: Que la presente causa se origina en el presunto incumplimiento por parte de la entidad de la referencia de lo dispuesto por los Arts. 41; 56 y concordantes de la Ley 20.337, respecto de los ejercicios cerrados del 31 de diciembre de 1990 al 31 de diciembre de 1992.

Que, con tal motivo, la Gerencia de Contralor e Inspección Cooperativa intimó a la cooperativa a regularizar su situación mediante nota Nº 178/93 (v. fs. 1), la misma fue devuelta por el correo con el rótulo "PLAZO VENCIDO NO RECLAMADA".

Que, en atención a todo lo expuesto, y habida cuenta que la entidad del epígrafe habría transgredido normas de la Ley 20.337 y el Art. 1º de la Resolución Nº 1141/80 INAC, corresponde instruir sumario en los términos del Art. 101 de la Ley sustantiva, a fin de determinar su responsabilidad en lo atinente a las circunstancias descriptas.

Que, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 7º, inc. d) de la Ley 19.549, la Gerencia de Registro y Consultoría Legal Cooperativa ha emitido opinión.

Por ello, en uso de las facultades conferidas por los Decretos Nº 1644/90; 2372/90, su rectificatorio 2468/90 y su similar 515/91. EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ACCION COOPERATIVA RESUELVE:

Artículo 1º — Instruir sumario a la COOPERATIVA DE TRABAJO "TURDERA SUR" LIMITADA, matrícula 9883, con domicilio legal en Moreno 1783 Departamento 2 Subsuelo, Capital Federal.

Art. 2º — A los fines establecidos en el artículo anterior, dar intervención a la Gerencia de Contralor e Inspección Cooperativa.

Art. 3º — Regístrese, comuníquese y archívese.

Firmado: Lic. JUAN CARLOS HERRERA, Presidente; GUILLERMO ARMENDARIZ, Vocal y ALBERTO E. CONCA, Vocal.

En el expediente referenciado se ha designado a la suscripta, instructora sumariante, quien por Providencia "S" Nº 79 de fecha 18/04/94 ha fijado el plazo de diez (10) días para que la cooperativa sumariada presente el descargo y ofrezca la prueba que haga a su derecho (Art. 1º inc. f apartados 1 y 2 de la Ley 19.549).

Asimismo, en la actuación mencionada ha recaído la Disposición "S" Nº 75, que, en lo pertinente expresa: "BUENOS AIRES, julio 19 de 1994.- VISTO, la frustrada notificación de la Disposición Sumarial Nº 099/94 cursada al domicilio legal de la COOPERATIVA DE TRABAJO "TURDERA SUR" LTDA., matrícula 9883 y lo preceptuado por los Arts. 20 y 23 del Decreto 1759/72 (T.O. 1991), DISPONGO:

a) Intimar a la COOPERATIVA DE TRABAJO TURDERA SUR LTDA., ... para que dentro del término de DIEZ (10) días proceda a constituir nuevo domicilio, bajo apercibimiento de continuar el trámite sin intervención suya o de su apoderado o representante legal.

b) Notificar la Resolución Nº 099/94, la Providencia "S" Nº 79 y la presente Disposición en la forma prevista en el Art. 42 del Decreto 1759/72 T.O. 1991. ... Fdo.: Dra. ELENA DOMINGUEZ, Instructora Sumariante.

e. 17/8 Nº 2674 v. 19/8/94

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

INSTRUCCION Nº 64

CUSTODIA DE INSTRUMENTOS REPRESENTATIVOS DE LAS INVERSIONES

CAPITULO I

NORMAS GENERALES

1. ENTIDADES DEPOSITARIAS

1.1. Los títulos representativos de las inversiones del Fondo de Jubilaciones y Pensiones y del Encaje deben estar depositados en la Caja de Valores S.A. y/o en una entidad financiera autorizada en los términos de la Ley 21.536 que cumpla con los requisitos establecidos en forma conjunta por el Banco Central de la República Argentina y esta Superintendencia y sea, a la vez, depositante en los sistemas CEDEL, DTC o EUROCLEAR.

1.2. Las entidades que efectúen la custodia deben aceptar el compromiso de valuar las inversiones atendiendo al siguiente procedimiento:

1.2.1. Cartera de instrumentos correspondientes a emisores locales, en forma diaria y a los precios que al efecto comunique esta Superintendencia.

Si existen cupones de renta o amortización que deben ser presentados al cobro con anterioridad a su vencimiento, a los fines de la valuación la custodia computará el valor de los mismos hasta la fecha de efectivo cobro.

Cuando el mercado relevante de un instrumento sea una plaza del exterior, el mismo deberá ser valuado siguiendo el procedimiento previsto para los instrumentos de emisores extranjeros.

Si no se hubiera definido un precio por tratarse de un instrumento no transado con anterioridad en los mercados autorizados, se aplicará para la valuación el precio que al respecto proporcione esta Superintendencia.

1.2.2. Cartera de instrumentos representativos de inversiones en títulos valores emitidos en el exterior, públicos o privados, al cierre de las semanas estadísticas finalizadas los días 7, 15, 23 y último día de cada mes. Para la valuación deberá utilizarse el precio de cierre de ese instrumento en el New York Stock Exchange de los días antes indicados, o del último día hábil bursátil anterior, manteniendo ese precio hasta el próximo día de valuación.

Si el instrumento no tiene negociación en el mercado antes indicado, deberá utilizarse el precio de cierre del mercado donde el mismo haya sido adquirido. En tal caso, la entidad que efectúe la custodia deberá notificar por escrito a esta Superintendencia la plaza que será tomada como referencia para la valuación.

1.3. Adicionalmente, las entidades que efectúen la custodia tienen que comprometerse a remitir diariamente a este Organismo información respecto a las tenencias de cada Administradora, discriminando las correspondientes al Fondo y al Encaje.

1.4. No podrán ser designadas para efectuar la custodia entidades vinculadas o pertenecientes al mismo grupo económico de la respectiva Administradora, con el alcance que al respecto haya determinado esta Superintendencia.

2. INSTRUMENTOS A SER MANTENIDOS EN CUSTODIA

2.1. Deberán permanecer depositados en las entidades señaladas en el punto 1.1. anterior todos los instrumentos representativos de las inversiones, excepto los certificados de tenencia de cuotapartes de Fondos Comunes de Inversión de capital abierto autorizados a la oferta pública por la Comisión Nacional de Valores.

2.2. Los certificados de depósito a plazo fijo de entidades financieras del país deben ser entregados a la entidad financiera que actúe como depositaria, como máximo, al día siguiente de realizada la operación. Dicho certificado sólo podrá ser retirado el día del vencimiento.

3. TITULARIDAD DE LAS CUENTAS

Las Administradoras deberán abrir, tanto en la Caja de Valores S.A. como en las entidades financieras, cuentas separadas para las inversiones del Fondo de Jubilaciones y Pensiones y las del Encaje, que deberán estar a nombre de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones con el aditamento Fondo o Encaje, según corresponda.

4. RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES DEPOSITARIAS

4.1. Las entidades que actúen como depositarias deberán asumir expresamente las responsabilidades derivadas de las obligaciones a su cargo, aun en los supuestos de fuerza mayor, deberán realizar todas las registraciones y operaciones administrativas y/o contables destinadas a cumplimentar correctamente su función de receptora de depósitos de títulos valores y otros instrumentos representativos de las inversiones de los Fondos de Jubilaciones y Pensiones y del Encaje, y no podrán atribuirse la propiedad y/o uso de los derechos que confieren los títulos en ellas depositados.

4.2. Las entidades financieras que efectúen la custodia deberán aplicar el criterio de "pago contra entrega" o "entrega contra efectiva recepción" en relación a las órdenes que reciba para los movimientos de los títulos valores mantenidos en custodia y de ninguna manera podrán efectuar operaciones que impliquen un compromiso de deuda o un crédito para el Fondo de Jubilaciones y Pensiones y el Encaje.

4.3. El custodio deberá proporcionar diariamente a esta Superintendencia, y en la forma que oportunamente se determine, la siguiente información:

4.3.1. Detalle de los movimientos diarios por especie registrados el día hábil anterior.

4.3.2. Valor de los instrumentos mantenidos en custodia resultante de la aplicación de los precios definidos en el punto 1.2 anterior y las existencias al cierre del día para el cual fueron definidos los precios y las de los días posteriores.

4.4. Las entidades que efectúen la custodia deberán verificar que, a los precios de valuación vigentes al momento del retiro o débito, se mantienen los montos mínimos informados por esta Superintendencia.

5. MONTO MINIMO A MANTENER EN CUSTODIA

5.1. A los fines de la determinación del monto mínimo a mantener en custodia se computará la cartera de inversiones en títulos valores de emisores nacionales o extranjeros con oferta pública autorizada.

Para el cumplimiento del monto mínimo deberán permanecer en custodia:

a) la totalidad de los títulos públicos nacionales que se mantendrán en cartera hasta su vencimiento.

b) el 80 % de los títulos representativos de instrumentos de emisores nacionales y extranjeros que tengan negociación en los mercados secundarios.

5.2. A fin de determinar el importe que debe ser mantenido en custodia de acuerdo a lo establecido en el segundo párrafo del artículo 81 de la Ley 24.241, esta Superintendencia considerará, para cada Administradora, los valores nominales correspondientes a la última tenencia conocida de los instrumentos encuadrados en el inciso a) anterior y el monto promedio mensual de la cartera de instrumentos transables, valuados a los precios de mercado correspondientes. Los montos determinados serán informados mensualmente por esta Superintendencia a las entidades que efectúen la custodia.

5.3. Durante el primer mes en que una Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones administre recursos de sus afiliados, la entidad o las entidades que efectúen la custodia deberán verificar que se mantenga inmovilizado el 80 % del valor existente el día hábil anterior de los instrumentos depositados que cuenten con negociación en los mercados secundarios autorizados.

6. INFORMACION A PROPORCIONAR POR LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE JUBILACIONES Y PENSIONES

6.1. Al inicio de las operaciones las Administradoras deben comunicar por escrito a esta Superintendencia la decisión adoptada respecto a las entidades que habrán de efectuar la custodia según las siguientes opciones:

a) la Caja de Valores S. A. y una entidad financiera, o

b) una entidad financiera

6.2. Cuando la custodia quede a cargo de más de una entidad, la Administradora deberá informar mensualmente a la Superintendencia, antes del día 5 de cada mes, el porcentaje del monto mínimo que habrá de mantener en cada una de las entidades depositarias.

CAPITULO II

VIGENCIA

La presente Instrucción tendrá vigencia a partir del día de su sanción.

Buenos Aires, 11 Ago. 1994. — IGNACIO KRUGUER, Gerente General de Operaciones, en ejercicio del cargo de Superintendente de A.F.J.P.

e. 17/8 Nº 2675 v. 17/8/94

AVISOS OFICIALES
ANTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

El Banco Central de la República Argentina cita y emplaza por el término de 10 (diez) días a la señora ARIAS, Manuela Esperanza (C.I.P.F. Nº 3.921.133), para que comparezca, en Sumarios de Cambio, sito en Reconquista 266, Edificio San Martín, Piso 5º, Oficina "510", Capital Federal, a estar a derecho en el Expediente Nº 014.102/89 Sumario Nº 1647, que se sustancia en esta Institución de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 8º de la Ley Nº 19.359 (t. o. 1982) del Régimen Penal Cambiario, bajo apercibimiento de Ley. Publíquese por 5 (cinco) días.

e. 12/8 Nº 2625 v. 19/8/94

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

El Banco Central de la República Argentina cita y emplaza por el término de 10 (diez) días al Señor GLEMBOCKI, Samuel (CI Nº 5.425.236), para que comparezca, en Sumarios de Cambio, sito en Reconquista 266, Edificio San Martín, Piso 5º, Oficina "510", Capital Federal, a estar a derecho en el Expediente Nº 28.248/89 Sumario Nº 1713, que se sustancia en esta Institución de acuerdo con el artículo 8º de la Ley Nº 19.359 (t. o. 1982) del Régimen Penal Cambiario, bajo apercibimiento de Ley. Publíquese por 5 (cinco) días.

e. 12/8 Nº 2626 v. 19/8/94

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

El Banco Central de la República Argentina cita y emplaza por el término de 10 (diez) días a la firma LACTERIA SUIZA S. A. inscripta bajo el Nº 1683 al Fº 167, Tomo "A" de Estatutos Nacionales el 01.08.66, para que comparezca en el Departamento Sumarios de Cambio, sito en Reconquista 266, Edificio San Martín, Piso 5º, Of. 510 de 10 a 15 hs., Capital Federal, a estar a derecho en el Sumario Nº 2314, Expediente Nº 26.398/90 que se sustancia en esta Institución de acuerdo con el art. 8º de la Ley de Régimen Penal Cambiario Nº 19.359 (t. o. 1982), bajo apercibimiento de declararse su rebeldía. Publíquese por 5 (cinco) días.

e. 16/8 Nº 2642 v. 22/8/94

BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA

El Banco Central de la República Argentina cita y emplaza por el término de 10 (diez) días a la firma RICARDO E. BERRONDO S. A. C. I. F. y A., inscripta ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia de Registro bajo el Nº 1656 Fº 97, Libro 65 T A de Estatutos Nacionales con fecha 14.5.68, para que comparezca en el Departamento Sumarios de Cambio, sito en Reconquista 266, Edificio San Martín, Piso 5º, Of. 510 de 10 a 15, Capital Federal, a estar a derecho en el Sumario Nº 2098, Expediente Nº 101.267/90 que se sustancia en esta Institución de acuerdo con el art. 8º de la Ley de Régimen Penal Cambiario Nº 19.359 (t. o. 1982), bajo apercibimiento de declararse su rebeldía. Publíquese por 5 (cinco) días.

e. 16/8 Nº 2643 v. 22/8/94

SECRETARIA DE INGRESOS PUBLICOS

DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA

REGION CORDOBA

Córdoba, 29/7/94

VISTO el artículo 7º del Capítulo III de la Resolución General Nº 3423, y lo previsto en el artículo 100 in fine de la Ley Nº 11.683, texto ordenado en 1978 y sus modificaciones, y

CONSIDERANDO:

Que habiendo procedido a notificar a los contribuyentes que no tienen domicilio legal o real conocido, de su incorporación al Sistema de Control dispuesto por la R.G. 3423, se advierte en el Edicto Nº 23/3 Nº 1039 publicado en el Boletín Oficial Nº 27.859, errores en la consignación del Nº de C.U.I.T. y de los nombres de los mismos.

Que se hace indispensable enmendar el mencionado Edicto a los fines de que se produzca la modificación correspondientes.

Por ello, y de acuerdo a las facultades otorgadas por los artículos 9º y 10º de la Ley Nº 11.683, texto ordenado en 1978 y sus modificaciones.

EL JEFE DE LA REGION CORDOBA DE LA
DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA
RESUELVE:

Artículo 1º — Ordenar la corrección del Edicto 23/3 Nº 1039 publicado en el Boletín Oficial Nº 27.859, en una nueva publicación por edicto del texto que se cita a continuación:

"La Dirección General Impositiva hace saber a los contribuyentes y/o responsables, que más abajo se mencionan, que quedan incorporados al sistema integrado de control especial reglado por el Capítulo II de la Resolución General Nº 3423.

La incorporación surtirá efectos después de transcurrido cinco (5) días desde la última publicación".

Publíquese por cinco días en el Boletín Oficial. — LUIS ANTONIO APPOLLONI, Jefe Región Córdoba.

DENOMINACION	C.U.I.T. Nº	AGENCIA
CAPELLO ARMANDO ARTURO	20-02790663-0	SEDE CORDOBA Nº 1
JUFFE ALBERTO	20-04514255-9	SEDE CORDOBA Nº 1
GIRAUDO MANSUETO DOMINGO	20-02862148-6	SEDE CORDOBA Nº 1
GIACOVERO ANTONIO	20-06159130-4	SEDE CORDOBA Nº 1
RODRIGUEZ ESAU HERALDO	20-06491933-5	SEDE CORDOBA Nº 1
FERNANDEZ JORGE HUGO	20-07983998-2	SEDE CORDOBA Nº 1

e. 11/8 Nº 2611 v. 18/8/94

DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA

REGION Nº 3

DIVISION REVISION Y RECURSOS "C"

Bs. As., 5/8/94

VISTO las presentes actuaciones relacionadas con la contribuyente "FERFRAN S. R. L." con domicilio fiscal en la calle Atuel Nº 9, Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires, e inscripta bajo la C. U. I. T. Nº 30-58267831-2; y

CONSIDERANDO:

Que, esta Dirección General procedió a fiscalizar a la responsable en lo atinente a sus obligaciones referente al Impuesto Interno —rubro "Vinos" y el gravamen "Sobre tasa al Vino", constatándose diferencias entre las declaraciones juradas presentadas por la firma —respecto de los períodos fiscales enero 1989 a junio 1991 inclusive— y los datos verificados por la inspección actuante, emergentes de las siguientes anomalías: A) Diferencias de inventario surgidas de la comparación entre las existencias teóricas de vino común (cfr. fs. 162 a. a.); y las existencias finales declaradas en los períodos 01-01-89 al 31-12-90. Con relación al período 01-01-91 al 07-01-91 dicha comparación se efectuó con las existencias físicas que surgen del inventario practicado por este Organismo al 07-01-91 (cfr. fs. 161 a. a.). De tal comparación se determinaron sobrantes y faltantes de vinos.

B) La responsable al determinar la base imponible ha tomado precios de venta inferiores a los vigentes en plaza al momento de producirse el hecho imponible en los períodos fiscales enero 1989 a junio 1991 inclusive.

C) Se detectó que la firma determinó incorrectamente el crédito fiscal computable por los períodos fiscales enero 1989 a junio 1991 inclusive (cfr. fs. 157 y 158 a. a.).

Que, consecuentemente, procede practicar las liquidaciones del tributo pertinentes conforme lo establece los artículos 2, 52, 53, 54 y 77 primer párrafo de la Ley de Impuestos Internos (t. o. en 1979 y sus modificaciones) y los artículos 14, 15, 68 y 117 de su respectivo decreto reglamentario, surgiendo de las mismas los siguientes saldos a favor de esta Dirección General: PESOS DOCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y UNO CON CINCUENTA Y CUATRO CENTAVOS ($ 12.381,54) en concepto de Impuesto Interno - rubro "Vinos" y PESOS CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTIUNO CON TRES CENTAVOS ($ 51.921,03) en concepto del gravamen "Sobretasa al Vino".

Que, con motivo de los cargos e impugnaciones que se le formula, corresponde otorgar vista de las actuaciones administrativas y de las liquidaciones del Impuesto Interno rubro "Vinos" y el gravamen "Sobretasa al Vino" respecto de los períodos fiscales enero 1989 a junio 1991 inclusive, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley Nº 11.683 (t. o. en 1978 y sus modificaciones), a fin de que formule por escrito su descargo y ofrezca o presente las pruebas que hagan a su derecho, en relación con los cargos formulados.

Que, además se le hace saber que en caso de no merecerle objeción la vista conferida, se servirá conformar las liquidaciones practicadas e ingresar los importes resultantes con más la actualización correspondiente de acuerdo con el régimen establecido por el artículo 115 y siguientes de la Ley Nº 11.683 (t. o. en 1978 y sus modificaciones), y los intereses resarcitorios pertinentes (artículo 42 del mismo cuerpo y ordenamiento legal).

Que, asimismo, resulta "prima facie" la siguiente infracción: haber presentado declaraciones juradas inexactas y en consecuencia haber ingresado en defecto el impuesto y la sobretasa correspondiente, calificándose "presuntamente" tal conducta como "infracción dolosa fiscal" (artículo 46 de la Ley Nº 11.683 - t. o. en 1978 y sus modificaciones), por lo que procede, a fin de su merituación instruir sumario acorde lo previsto por los artículos 72 y 73 de la Ley citada.

Que, ante la inexistencia del domicilio fiscal denunciado por parte de la contribuyente — Art. 7º de Resolución General Nº 2210— obliga a esta Dirección General a practicar su notificación mediante edictos durante cinco (5) días en el Boletín Oficial (Art. 4º de la R. G. Nº 2210).

Por ello, atento lo dispuesto por los artículos 9º, 10, 23, 24, 26, 72, 73 y 74 de la Ley Nº 11.683 (t. o. en 1978 y sus modificaciones) y 3º del Decreto Nº 1397/79 y sus modificaciones, y los artículos 4º y 7º de la R. G. Nº 2210,

EL JEFE INTERINO DE LA
DIVISION REVISION Y RECURSOS "C"
RESUELVE:

Artículo 1º — Conferir vista de las actuaciones administrativas y de los cargos e impugnaciones formulados a la firma "FERFRAN S. R. L." inscripta ante esta Dirección bajo la C. U. I. T. Nº 30-58267831-2, con relación al Impuesto Interno —rubro "Vinos" y el gravamen "Sobretasa al Vino" por los períodos fiscales enero 1989 a junio 1991 inclusive, para que en el término de quince (15) días hábiles de notificada, conforme las liquidaciones practicadas o formule por escrito su descargo y ofrezca o presente las pruebas que hagan a su derecho.

Art. 2º — Instruir sumario para el juzgamiento de la infracción señalada acordándole igual plazo al indicado en el artículo 1º, para que alegue su defensa por escrito y proponga o entregue las pruebas que hagan a su derecho.

Art. 3º — Dejar expresa constancia a los efectos de lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley Nº 11.683 (t. o. en 1978 y sus modificaciones) que la vista es parcial y sólo abarca los aspectos contemplados y en la medida que los elementos de juicio tenidos en cuenta lo permiten. Si las liquidaciones por las que se le confiere vista, merecen su conformidad, surtirá los efectos de declaraciones juradas para el responsable y de una determinación de oficio parcial para el Fisco, limitada a los aspectos fiscalizados.

Art. 4º — Poner en su conocimiento que a efectos de lo que se resuelve en la presente, podrá tomar vista de las actuaciones administrativas que motivaran el inicio del presente proceso, obrantes en esta División Revisión y Recursos "C", sita en Avenida Rivadavia Nº 10.910 - Piso 1º - Capital Federal, en el horario de 13.00 a 19.00 horas, ante la cual, en caso de hacerlo deberá formular los descargos, ofrecimientos y/o presentación de pruebas relativos a los cargos aludidos en la presente, como así también toda ulterior presentación o comunicación que pueda efectuar vinculada al mismo.

Art. 5º — La personería que se invoque deberá ser acreditada en las presentes actuaciones. Además, se emplaza a la contribuyente a comparecer y denunciar su domicilio real o legal, dentro del término de diez (10) días hábiles, así como comunicar en esta sede cualquier cambio de domicilio, bajo apercibimiento que las demás resoluciones que se dicten en el curso del procedimiento quedarán notificadas automáticamente en esta Dependencia los días martes y viernes de 13 a 19 horas, o el siguiente hábil, si alguno de ellos fuera inhábil administrativo.

Art. 6º — Notifíquese por edictos durante cinco (5) días en el Boletín Oficial y resérvense las actuaciones en esta División. — Cont. Púb. CARLOS ALBERTO ALVAREZ, Jefe (Int.) División Revisión y Recursos "C" - Región Nº 3.

e. 12/8 Nº 2632 v. 19/8/94

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

GERENCIA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

Bs. As., 5/8/94

Gerencia de Accidentes del Trabajo cita por el término de diez (10) días a las personas que tengan derecho a percibir las indemnizaciones emergentes de la Ley 24.028 de acuerdo a la nómina que se detallan a concurrir a Hipólito Yrigoyen 1447 - 4to. Piso - Capital Federal.

ABDOODIER, Jesús Rafael
AQUINO, Juan Pablo
BRAVO, Miriam Adriana
ESCOBAR, Carlos Benito
FLORES, Juan Carlos
LOGIUDICE, Nicolás Domingo
MARTINEZ, Antonio
MARTINEZ, Ismael
MARTINEZ, Néstor
MEZQUITA, José
PERRI, José María
STRANO, José Luis Sebastián
SALVA, Marcelino
TOLOZA, Rolando
VERDIER, Raúl Alberto

Son 15 exptes.

e. 11/8 Nº 2614 v. 25/8/94

ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

GERENCIA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

Bs. As., 5/8/94

Gerencia de Accidentes del Trabajo cita por el término de diez (10) días a las personas que tengan derecho a percibir las indemnizaciones emergentes de la Ley 9688 de acuerdo a la nómina que se detallan a concurrir a Hipólito Yrigoyen 1447 - 4to. Piso - Capital Federal.

SABALO, José Ramón

e. 11/8 Nº 2615 v. 25/8/94

PODER JUDICIAL DE LA NACION

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACION - ARCHIVO GENERAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACION
CDE. ACT. Nº 8275/94, 8550/94, 8551/94, 8399/94, 9086/94, 9499/94, 9830/94, 9538/94, 9537/94, 10.884/94 y 9635/94.

De acuerdo con lo dispuesto por el art. 23º del Decreto - Ley Nº 6848/63, Ley Nº 16.478, se hace saber a los interesados que serán destruidos los expedientes Judiciales correspondientes al Juzgado Nacional de 1ª Instancia en lo Comercial Nº 2, a cargo del Dr. Juan A. Garibotto, Secretaría Nº 3 de la Dra. María G. Vasallo, comprendido dentro de los años 1962 al 1967; y dentro de los años 1966 al 1970; Secretaría Nº 4 del Dr. Agustín Bosch, comprendido dentro de los años 1961 al 1971; en lo Comercial Nº 13, a cargo del Dr. Carlos A. Villar, Secretaría Nº 25 de la Dra. Cecilia Vacca, comprendido dentro de los años 1951 al 1968; en lo Comercial Nº 8 a cargo del Dr. Atilio C. González, Secretaría Nº 15 del Dr. Osvaldo Sampedro, comprendido dentro de los años 1972 al 1973; en lo Comercial Nº 5, a cargo del Dr. Gerardo G. Vasallo, Secretaría Nº 9 del Dr. Claudio A. Galli, comprendido dentro de los años 1965 al 1973; en lo Comercial Nº 15, a cargo de la Dra. Norma Di Noto, Secretaría Nº 29 de la Dra. Marina Gentiluomo, comprendido dentro de los años 1955 al 1983; Trabajo Nº 29 a cargo de la Dra. Lilia Funes Montes de Delich, Secretaría única de la Dra. María A. D'Annello, comprendido dentro los años 1969 al 1983; Trabajo Nº 28, a cargo del Dr. Víctor Hugo Pesino, Secretaría única del Dr. Ricardo O. Gonzalez, comprendido dentro de los años 1968 al 1983; Trabajo Nº 12, a cargo de la Dra. Ana María Etchevers, Secretaría única de la Dra. Gabriela R. Kralj, comprendido dentro de los años 1969 al 1983 y del Juzgado Nacional de 1ª Instancia en lo Civil Nº 35, a cargo del Dr. Gustavo Fernández, comprendido dentro de los años 1971 al 1983, y que estén comprendidos en el art. 17º de dicho Decreto - Ley. Las partes interesadas en la conservación de alguno de ellos, podrán requerirlo por escrito ante la Secretaría de Superintendencia Judicial de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, antes del vencimiento de los treinta (30) días de esta publicación, debiendo justificar en dicho acto el interés legítimo que les asiste. — Dr. AUGUSTO J. FERNANDEZ PINTO — Director General — Archivo General del Poder Judicial de la Nación.

e. 16/8 Nº 2645 v. 18/8/94

SEPARATAS

**EDITADAS POR LA DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL
DEL MINISTERIO DE JUSTICIA**

Suipacha 767, de 9.30 a 12.30 hs. y de 14.00 a 15.30 hs. y Avda. Pte. Roque Sáenz Peña 1172, de 8.30 a 14.30 hs.

- **Nº 159 - Ley Nº 21.541**

TRASPLANTES DE ORGANOS Y MATERIALES ANATOMICOS $ 2,90

- **Nº 167 - Decreto Nº 2750/77**

BUCEO DEPORTIVO
Se reglamentan sus actividades $ 2,90

- **Nº 196 - Ley Nº 22.251 - Decreto Nº 1347/80**

ADSCRIPCIONES DE PERSONAL
Nuevas normas y facultad de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial para dictar regímenes que regulen las adscripciones de personal $ 2,90

- **Nº 212 - Ley Nº 22.450 y Decreto Nº 42/81**

LEY DE MINISTERIOS
Ley de competencia de los ministerios nacionales y derogación de la Ley Nº 20.524. Creación y asignación de funciones de las Subsecretarías de las distintas áreas ministeriales $ 8,90

- **Nº 217 - Ley Nº 22.428 y Decreto Nº 681/81**

CONSERVACION DE LOS SUELOS
Régimen legal para el fomento de la acción privada y pública tendiente a la conservación y recuperación de la capacidad productiva de los suelos $ 3,50

- **Nº 220 - Decreto Nº 1833/81**

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
Estatuto $ 3,50

- **Nº 229 - Ley Nº 22.934**

LEY DE TRANSITO
Normas de aplicación en la Jurisdicción Federal y en la de las provincias que la aplicaren $ 7,40

- **Nº 232 - Ley Nº 23.071**

ASOCIACIONES PROFESIONALES DE TRABAJADORES $ 2,90

- **Nº 237 - Decreto Nº 333/85**

ADMINISTRACION PUBLICA NACIONAL
Normas para la elaboración, redacción y diligenciamiento de los proyectos de actos y documentación administrativos $ 5,-

- **Nº 238**

INDICE CRONOLOGICO - NUMERICO DE DECRETOS DEL PODER EJECUTIVO NACIONAL
Año 1983 $ 5,90

- **Nº 239**

INDICE CRONOLOGICO - NUMERICO DE DECRETOS DEL PODER EJECUTIVO NACIONAL
Año 1984 - 1er Semestre $ 15,80

- **Nº 240**

INDICE CRONOLOGICO - NUMERICO DE DECRETOS DEL PODER EJECUTIVO NACIONAL
Año 1984 - 2º Semestre $ 18,20

- **Nº 242**

INDICE CRONOLOGICO - NUMERICO DE DECRETOS DEL PODER EJECUTIVO NACIONAL
Año 1985 - 1er Semestre $ 11,60

- **Nº 243**

IMPUESTO AL VALOR AGREGADO
Ley Nº 23.349 $ 6,60

- **Nº 244**

INDICE CRONOLOGICO - NUMERICO DE DECRETOS DEL PODER EJECUTIVO NACIONAL
Año 1985 - 2º Semestre $ 19,85

- **Nº 245**

CODIGO CIVIL
Modificaciones. Ley Nº 23.515 $ 2,90

- **Nº 246**

LEY DE ASOCIACIONES SINDICALES Y SU REGLAMENTACION
Ley Nº 23.551 - Decreto Nº 467/88 $ 3,80

- **Nº 247**

CODIGO PROCESAL PENAL - Segunda Edición
Ley Nº 23.984 $ 16,25

- **Nº 249**

DERECHOS HUMANOS
Legislación Vigente $ 15,50